

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 58

DIAGNOSTIC
DE
LA NEURASTHÉNIE
ET DE LA
Neurasthénie Préparalytique

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 22 Janvier 1908

PAR

Pierre-Édouard-Marius-Noël CLAPIER

Né à Lodève (Hérault), le 1^{er} décembre 1884

Elève du Service de Santé de la Marine

Examineurs de la Thèse :	MM. RÉGIS	professeur adj. <i>Président.</i>
	ARNOZAN	professeur.
	CABANNES	agrége.
	CRUCHET	agrége.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, E. TRÉNIT

91 — RUE PORTE-DIJEUX — 91

1908



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 58

DIAGNOSTIC
DE
LA NEURASTHÉNIE
ET DE LA
Neurasthénie Préparalytique

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 22 Janvier 1908

PAR

Pierre-Édouard-Marius-Noël CLAPIER

Né à Lodève (Hérault), le 1^{er} décembre 1884

Élève du Service de Santé de la Marine



Examineurs de la Thèse :

{ MM. RÉGIS
ARNOZAN
CABANNES
CRUCHET

professeur adj. *Président*
professeur.... }
agrégé..... } *Juges.*
agrégé..... }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, E. TRÉNIT
91 — RUE PORTE-DIJEUX — 91

1908

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.
MASSE..... }

MM.

Clinique interne.....	PICOT.
	PITRES.
Clinique externe.....	DEMONS.
	LANELONGUE.
Pathologie et thérapie générales.....	VERGELY.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.
Médecine opératoire.....	VILLAR.
Clinique d'accouche- ments.....	LEFOUR.
Anatomie pathologi- que.....	COÏNE.
Anatomie.....	GENTES (chargé).
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT.
Physiologie.....	JOLYET.
Hygiène.....	LAYET.
Médecine légale.....	L. LANDE.
Physique biologique et électricité médicale	BERGONIE.

MM.

Chimie.....	BLAREZ.
Histoire naturelle ...	GUILLAUD.
Pharmacie.....	DUPOUY.
Matière médicale....	DE NABIAS.
Médecine expérimen- tale.....	FERRÉ.
Clinique ophtalmolo- gique.....	BADAL.
Clinique chirurgicale infantile et ortho- pédie.....	DENUCÉ.
Clinique gynécologique	BOURSIER.
Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Chimie biologique...	DENIGES.
Physique pharmaceu- tique.....	SIGALAS.
Pathologie exotique.	LE DANTEC.

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez...	MOURE.
Clinique des maladies mentales	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale.*)

MM. MONGOUR.	MM. ABADIE.
CABANNES.	CRUCHET.
VERGER.	

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe {	MM. BÉGOUIN.	Accouchements. {	MM. ANDERODIAS.
	VENOT.		PERY.
	GUYOT.		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... {	MM. GENTES.	Physiologie.....	MM. GAUTRELET.
	CAVALIE.		BEILLE.
		Histoire naturelle. {	MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	MM. BENECH.	Pharmacie..... {	MM. BARTHE.
			LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT.
Accouchements.....	PERY.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Clinique dentaire.....	CAVALIE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CHEFS ET A MES MAÎTRES DE LA MARINE
(TOULON - BORDEAUX)

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR RÉGIS

PROFESSEUR ADJOINT DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Durant le stage hospitalier que nous avons été heureux de pouvoir accomplir dans son service, nous avons pu apprécier sa bienveillance paternelle et son érudition savante.

C'est à lui que nous sommes redevable des quelques connaissances que nous possédons en psychiatrie et du sujet de notre travail. Il comble nos vœux en nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Aussi qu'il soit assuré de notre gratitude et de notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Le diagnostic de la paralysie générale a une importance de premier ordre. Cette importance est capitale, surtout au début de la maladie, non seulement parce qu'à ce moment le diagnostic est plus délicat et plus difficile, mais aussi parce qu'il comporte, tant au point de vue médical qu'au point de vue médico-légal, les conséquences les plus graves.

(E. RÉGIS, *Précis de Psychiâtrie*,
3^e édition, 1906, page 766.)

Depuis près de cent ans qu'elle a été isolée par Bayle, la paralysie générale a donné lieu à d'innombrables travaux; tous les symptômes qu'elle peut présenter ont été recherchés et décrits avec la plus grande minutie. En ces derniers temps, son étiologie et sa pathogénie ont été fouillées par un grand nombre de chercheurs; mais c'est son diagnostic qui semble avoir exercé de tout temps la sagacité des cliniciens, qui tous se sont efforcés de l'asseoir sur des bases inébranlables, parce que tous en ont reconnu l'importance et la difficulté.

Difficile! Le diagnostic de la méningo-encéphalite chronique l'est parfois, parce qu'elle embrasse, dans son vaste domaine symptomatique, les signes psychiques et physiques les plus apparents de presque toutes les affections mentales et d'une foule de maladies nerveuses dont elle pourra par conséquent revêtir le masque; en effet, le type classique du paralytique au facies béat, à la voix chevrotante, offrant bienveillamment des millions à son médecin, n'est pas le type de la maladie entière, mais simplement celui d'une de ses formes multiples, de sorte que, pour chacune de ces for-

mes et pour chaque étape de la maladie, l'observateur aura à discuter le diagnostic entre plusieurs affections.

Important ! Il l'est à plusieurs titres : au point de vue du pronostic, il est absolument indispensable de pouvoir distinguer la paralysie générale, maladie à évolution chronique et progressive, d'une maladie aiguë et de savoir distinguer, par exemple, l'excitation maniaque du paralytique qui évoluera vers la démence, de l'excitation maniaque simple qui pourra guérir en quelques semaines. Pour le traitement, l'importance sera tout aussi capitale, et un alcoolique, présentant un syndrome paralytique plus ou moins net, ne sera évidemment pas justiciable de la même thérapeutique qu'un paralytique général.

Mais, là où éclate toute cette importance, c'est dans la période prodromique : à ce stade de la maladie où les signes sont si peu accusés qu'ils passent inaperçus aux yeux de l'entourage et des familiers du malade, où celui-ci, « par la conservation intégrale de l'automatisme psychologique », continue de vaquer à ses devoirs sociaux et familiaux, le médecin a le devoir absolu de dépister les plus légères traces du mal terrible, afin d'avertir la famille trop confiante et aveugle du danger prochain.

Le médecin devra d'autant mieux veiller à assurer son diagnostic, qu'il aura le plus souvent la plus grande peine à convaincre la famille de la gravité de la situation, par suite de l'adaptation progressive et inconsciente du milieu à l'affaiblissement de l'intelligence du malade : « les absences de mémoire, les écarts de conduite, les troubles du caractère sont mis sur le compte de la fatigue, de la distraction, et c'est ainsi que ces malades arrivent assez souvent au milieu de l'inconscience générale de leur famille, de leur entourage et de leurs collègues... à la période d'état de la paralysie générale. »

A cette période du début, surtout, par suite d'une surexcitation intellectuelle factice, le malade peut élaborer des projets, se lancer dans des affaires commerciales ou autres,

signer des contrats d'association, contracter des assurances; l'excitation génitale factice pourra lui faire commettre des attentats à la pudeur (le paralytique général est souvent un exhibitionniste incorrigible), des tentatives de viols; la démence, qui peut se traduire uniquement par de l'oubli des convenances ou des écarts de conduite, peut aussi se manifester par des vols et même des meurtres. Il sera donc nécessaire de pouvoir prévenir, par un diagnostic exact, tous ces actes, tous ces délits possibles qui pourraient compromettre la fortune ou l'honneur de la famille; de plus, au point de vue médico-légal, il sera capital de faire le diagnostic, afin de déterminer le degré de responsabilité de l'accusé.

C'est encore au début de l'affection, alors que les lésions ne sont peut-être pas encore complètement irrémédiables ou sont tout au moins susceptibles, par une bonne médication, de rester longtemps à l'état stationnaire, qu'il importe d'instituer une bonne thérapeutique et, pour ce faire, d'établir un bon diagnostic. Un mauvais diagnostic peut mettre sur la voie d'une thérapeutique déplorable qui précipitera l'évolution de la maladie au lieu de l'enrayer; c'est l'opinion que Ballet professe au sujet de l'hydrothérapie et particulièrement des douches, faussement appliquée à un neurasthénique préparalytique.

La parfaite connaissance des signes, propres à faciliter le diagnostic de la paralysie générale à la période prodromique, s'impose donc au praticien, tant au point de vue médical qu'aux points de vue social et médico-légal.

Malheureusement, c'est aussi à ce moment qu'il est le plus délicat, car on se trouve en présence d'une maladie dont les signes somatiques et psychiques sont à peine dessinés, n'ont pas encore de caractères bien nets et paraissent même, au premier abord, faire défaut. Tous les auteurs, qui ont étudié cette période prodromique, constatent la difficulté grande du diagnostic. C'est à ce moment, d'après Régis, que « le diagnostic est le plus délicat et le plus difficile. » — « Le diagnostic de la paralysie générale, au début, présente le plus

souvent les difficultés les plus considérables. » (Joffroy). De son côté, Grasset écrit : « L'intérêt et la difficulté consistent à faire le diagnostic dans la période de début. » Pour Magnan et Sérieux : « C'est un des points les plus délicats et les plus importants aussi de la psychiâtrie. » Nous pourrions multiplier les citations à l'infini. Celles-ci nous paraissent suffisantes pour montrer quelle doit être la difficulté du problème; aussi, beaucoup de spécialistes se sont-ils particulièrement attachés à le résoudre. En ces dernières années, on a bien étudié les formes prodromiques de la paralysie générale, surtout la forme neurasthénique qui est d'autant plus intéressante à connaître que les formes dépressives de méningo-encéphalite tendent à devenir de plus en plus communes; certains auteurs même, en particulier Gross (d'Heidelberg), prétendent que le début normal de cette affection est un état de neurasthénie. Gross l'a observé 179 fois sur 180 cas.

C'est le diagnostic de la neurasthénie et de cet état neurasthénique préparalytique que nous étudierons dans ce modeste travail. Le sujet n'est pas neuf; mais, par son intérêt et son importance, il nous a paru digne de faire l'objet de notre thèse de doctorat.

Nous ferons d'abord un historique rapide de la question.

Puis, nous chercherons dans la symptomatologie de la neurasthénie et de la neurasthénie préparalytique, des éléments de différenciation de ces deux états morbides.

Dans un troisième chapitre, nous essayerons de tirer de l'étude des anamnétiques et de l'étiologie, des données complémentaires pour le diagnostic.

Enfin, dans un quatrième et dernier chapitre, seront exposées quelques observations dont une personnelle et, dans un court commentaire, nous indiquerons les principaux signes qu'elles présentent, susceptibles de permettre le diagnostic. Nous trouverons là la confirmation pratique des données théoriques déduites antérieurement de l'examen des symptômes et des antécédents, et de l'ensemble, nous tirerons nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'intérêt qui s'attache au diagnostic de la neurasthénie et de la période prodromique neurasthéniforme de la paralysie générale, est tel que de très nombreux auteurs se sont efforcés d'asseoir ce diagnostic sur des bases solides ; en exposant les idées que les principaux de ces écrivains professent sur ce sujet, nous établirons l'historique de la question et, en même temps, nous réunirons comme en un faisceau toutes ces opinions dont la comparaison ultérieure pourra nous servir à notre tour pour nous aider à établir ce diagnostic si délicat.

L'historique ne remonte pas très haut ; certes, les formes dépressives (neurasthénique et mélancolique) de la paralysie générale sont connues ou tout au moins soupçonnées depuis longtemps, puisque déjà Willis, en 1675, avait remarqué la tristesse chez un malade paralysé et qui mourut en très peu de temps, puisque Calmeil (1825-1853), Falret (1853), Baillarger et bien d'autres, ont tous laissé des tableaux remarquables du paralytique général déprimé.

Pourtant, tous ces auteurs avaient négligé le diagnostic de la période prodromique neurasthénique et de la neurasthénie, et ce n'est que depuis une quarantaine d'années seulement, que les formes dépressives augmentant dans une forte proportion, l'attention a été attirée davantage de ce côté.

Cette difficulté de diagnostic semble avoir été entrevue pour la première fois par Morel, en 1866, dans son livre sur

le délire émotif. Ensuite, Voisin et Burlureaux, sans toutefois l'appeler « neurasthénique », décrivent nettement cette forme prodromique et donnent quelques signes pour faire le diagnostic : l'affaiblissement de l'intelligence (récits absurdes, enfantins) serait la note caractéristique ; comme autres symptômes importants, ils indiquent l'affaiblissement précoce de la mémoire ; les modifications du caractère : irascibilité fréquente, mais passagère et cédant à l'incident le plus futile ; ils parlent aussi des idées fixes, peu tenaces et irraisonnées, de la perversion des instincts ; des actes délictueux possibles, mais exécutés spontanément, sans réflexion et coordination préalables.

En 1888, Roscioli s'appuyant sur deux observations, distingue ce qu'il appelle la folie paralytiforme neurasthénique ou neurasthénie pseudo-paralytique, de la vraie paralysie générale, par :

- 1° La présence d'une obtusion et d'une apathie profondes, plutôt que d'une véritable démence ;
- 2° L'embarras de la parole dû à une contraction spasmodique des masses musculaires linguales ;
- 3° La variabilité de chaque symptôme ;
- 4° La tendance de la maladie à évoluer vers la guérison.

En 1891, le diagnostic de la neurasthénie et de la paralysie progressive, ne semble pas très difficile à Levillain ; il suffit d'étudier surtout « la marche essentiellement variable, mobile et inconstante du processus nerveux général ». On trouvera alors des phénomènes isolés qui ne cadrent nullement avec la maladie organique tant redoutée : la dyspepsie et la céphalée, l'angine de poitrine, la perte de mémoire et l'insomnie aux rêves spéciaux, et surtout les états phobiques plus ou moins dessinés de la neurasthénie. Il y a en effet, dit Béard, des phénomènes neurasthéniques spéciaux qui n'appartiennent nullement aux états organiques ; tels sont, par exemple, les hypéresthésies du cuir chevelu, des dents et des gencives, les appétits immodérés pour les stimulants, etc. Il se base surtout sur la mobilité et la fragilité des

manifestations neurasthéniques, en particulier, sur les troubles pupillaires qui présentent souvent le caractère transitoire, métastatique ou récurrent, et enfin sur ce fait, que la réflectivité générale, ordinairement diminuée dans les maladies organiques, est le plus souvent conservée et même exagérée dans les maladies fonctionnelles comme la neurasthénie.

Bouveret, dans son livre sur la neurasthénie, écrit au sujet de la neurasthénie et de la forme dépressive prodromique de la paralysie progressive : « Le tableau clinique n'est pas sans analogie avec celui de la cérébrasthénie ; les paralytiques généraux ont de la dépression cérébrale, des idées tristes, de l'émotivité, de la céphalalgie, de l'insomnie, des troubles de la mémoire, des poussées congestives vers la tête, des troubles digestifs, des douleurs vagues dans les membres, quelquefois même des palpitations, symptômes que présentent aussi les malades atteints de la forme cérébrale de la neurasthénie. Les données étiologiques ne peuvent pas beaucoup servir à ce diagnostic différentiel, puisque le surmenage du cerveau, cause commune de la neurasthénie, conduit également à la paralysie générale. L'hérédité névropathique prédispose aussi à l'une et à l'autre affection.

« Mais si l'on peut observer dans les deux cas des symptômes analogues, cependant ces symptômes n'ont pas tout à fait les mêmes caractères. La céphalée neurasthénique est continue, non très intense, souvent localisée à la nuque, la douleur de tête du paralytique survient plutôt par accès et généralement est plus prononcée.

« La migraine observée au début de la paralysie générale, est souvent une migraine accompagnée, c'est la migraine ophtalmique avec scotome scintillant, ou bien la migraine avec accès d'aphasie ou de parésie d'un membre ; celle du neurasthénique revêt la forme simple. Ce n'est pas dans les deux cas le même trouble des facultés intellectuelles. Chez le neurasthénique, ces facultés restent longtemps indemnes, seulement l'exercice en est difficile et s'accompagne d'une

sensation de fatigue précoce, il n'y a jamais de conceptions délirantes. Chez le paralytique, on peut constater, même au début, des lacunes graves de la mémoire et un interrogatoire répété, dirigé dans divers sens, permet parfois de découvrir quelques ébauches de conceptions délirantes, quelques idées de grandeur ou de persécution.

« Le sens moral reste indemne dans la neurasthénie ; on sait que la perversion du sens moral est, au contraire, un des signes les plus précoces de la périencéphalite diffuse. L'excitation génésique est commune au début de la plupart des formes de la paralysie générale ; dans la neurasthénie, quand elle n'est pas d'origine génitale, la règle, c'est la diminution de la virilité jusqu'à l'impuissance. Déjà, dans la période prodromique de la périencéphalite, il n'est pas rare de voir apparaître les premiers indices de ces signes objectifs, qui ont une si grande valeur pour le diagnostic : l'inégalité permanente des pupilles, l'agueusie, l'anosmie, les troubles de la parole, ceux de l'écriture ».

Dans sa thèse sur la paralysie générale dans les hôpitaux, en 1891, Bertin établit en quelques lignes, le diagnostic entre la paralysie générale et les signes neurasthéniformes que l'on peut observer dans le cours de cette affection ; mais ce diagnostic ne lui paraît pas difficile : il n'insiste nullement et s'exprime en des termes vagues qui montrent le peu d'importance qu'il attache à cette question ; il n'a pas vu l'intérêt du sujet, cela est dû sans doute à ce fait, qu'il observait dans un milieu hospitalier, milieu dans lequel on voit surtout des paralytiques se trouvant déjà dans une phase relativement avancée de leur maladie ; dans ces cas, le diagnostic entre la neurasthénie et la méningo-encéphalite, est en effet, en général — non toujours cependant — assez facile ; la période prodromique neurasthénique lui a échappé parce qu'à ce stade de début de la maladie, le futur dément paralytique ne songe pas encore à rentrer à l'hôpital ; il fait soigner ce qu'il appelle « son état d'anémie », « sa faiblesse générale » ou encore, « sa dépression morale et

physique », au sein de sa famille, par le simple repos ou le changement d'air.

En 1892, Krafft-Ebing, dans le livre jubilaire du cinquantième anniversaire de la fondation de l'asile d'Illeben, a étudié le point de diagnostic qui nous intéresse, d'une façon particulièrement détaillée. Son diagnostic différentiel a été résumé par M. le professeur Régis, dans l'article « Neurasthénie et Paralysie générale » paru en 1897 dans la *Presse médicale*; c'est d'après ce résumé que nous avons établi le parallèle suivant :

PARALYSIE GÉNÉRALE

NEURASTHÉNIE CÉRÉBRALE

Surviennent toutes les deux chez des individus
à système nerveux épuisé ;
Début commun possible par signes
de faiblesse irritable.

Étiologie.

Survient à l'âge moyen de la vie.
Surmenage physique, moral, intellectuel.
Absence de prédisposition névropathique antérieure.
Antécédents d'alcoolisme, de syphilis (surtout), de traumatisme, de tabès.

Survient au-dessous de 35 ans.
Surmenage physique, moral, intellectuel.
Prédispositions et antécédents névropathiques.
Pas de syphilis.

Début.

Lent, progressif ou saccadé.

Brusque surtout s'il succède à choc physique.

Symptômes intellectuels.

1. Obsessions, phobies.

Absentes ou exceptionnelles.

Communes (hypocondriaques surtout).

2. Modifications du caractère.

Durables, profondes.

Variables, peu intenses (irritabilité, égoïsme pathologique).

3. *Troubles du sens moral.*

Oubli de la politesse, des convenances, attentats aux mœurs.	Pas de troubles.
--	------------------

4. *Troubles de la mémoire.*

Se rapportent aux faits de date récente.	Se rapportent aux faits de date récente.
La faiblesse de reproduction des faits de date ancienne n'est pas considérable.	La faiblesse de reproduction des faits de date ancienne est considérable.
Perte des images photographiques.	Pas de perte des images photographiques.
Localisation du temps dans le passé défectueuse, par suite, incertitude du calcul et des dates.	Localisation conservée, l'erreur des dates ne dépasse pas deux jours ; conservation des opérations arithmétiques.

Signes physiques.

1. *Insomnie.*

Habituelle.	Habituelle.
Indépendante des circonstances extérieures.	Dépendant des circonstances extérieures.
Sommeil pendant le travail ou en société.	

2. *Céphalalgie.*

Hémicranie ophtalmique.	Migraine ordinaire et névralgie du trijumeau. Céphalée avec sensation de pression caractéristique.
-------------------------	--

3. *Troubles pupillaires.*

Pupilles inégales.	Pupilles normales.
Réactions anormales.	Réactions normales.
Erythropsie temporaire.	
Rétrécissement concentrique ou en secteurs du champ visuel. Scotomes rares.	Champ visuel le plus souvent normal.
Souvent rétinite paralytique.	Pas d'altérations du fond de l'œil, mais seulement troubles fonctionnels (asthénopie, mouches volantes, hyperesthésies.
Injection rosée de la papille avec dilatation variqueuse des veines environnantes.	
Atrophie des nerfs optiques.	

4. *Réflexes.*

Patellaires : abolis sauf si on a dégénérescence des cordons latéraux ; alors on a en plus : hyperesthésie musculaire et marches spasmodique.	Exagérés.
---	-----------

5. *Troubles de l'écriture.*

Oubli de lettres, de mots, confusions.	Les mêmes, mais les erreurs sont reconnues et corrigées.
--	--

6. *Ictus cérébraux.*

Apoplectiques ou épileptiques fréquents.	N'existent pas quoique on puisse avoir aphasie rudimentaire, aphasie amnésique.
--	---

7. *Température.*

Elévation fréquente.	Normale à moins qu'on ait fièvre nerveuse.
----------------------	--

8. *Pouls.*

Monocrote au début.	Trierote, accéléré.
---------------------	---------------------

9. *Poids.*

Diminution rapide au début.	Conservé.
-----------------------------	-----------

10. *Urines.*

Phosphaturie fréquente au début.	Si on a phosphaturie on a en plus acide urique et oxalates en excès.
----------------------------------	--

11. *Fonctions génitales.*

Souvent diminuées au début.	Diminution d'origine purement psychique.
-----------------------------	--

Ce long parallèle n'est pourtant pas complet : les troubles de la parole ne sont pas cités, l'auteur ne dit mot non plus des troubles moteurs tels que les tremblements, les spasmes, ni de certains troubles du domaine sensitif (dysesthésie,

paresthésie, hypo ou hyperesthésie) ou sensoriel (anosmie, etc.), tous phénomènes que l'on peut observer dans l'une des deux affections en présence ou dans les deux à la fois, avec des caractères identiques ou différents, et dont certains ont certainement une réelle importance.

Le professeur Fournier, en octobre 1893, puis en 1894, assied son diagnostic entre la neurasthénie et la paralysie progressive sur la « triade symptomatique » suivante :

1^o Dans la cérébrasthénie : absence des grands symptômes qui caractérisent d'une façon nécessaire et décisive les affections organiques du cerveau (inégalité pupillaire, tremblement des mains, des lèvres, projection saccadée de la langue, tremblement interstitiel de la langue, sautilllement des muscles pectoraux, embarras de la parole, conceptions délirantes.

2^o Dans la neurasthénie : multiplicité des symptômes étrangers à la scène usuelle des affections organiques du cerveau. Douleurs de tout siège, lassitude, avachissement, hyperesthésies diverses, asthénie musculaire marquée, dyspepsie, palpitations, prétendue impuissance génitale ; tout cela combiné à de l'éréthisme nerveux, à une émotivité, à une impressionnabilité toutes spéciales, véritables hors-d'œuvre dans le complexe de la paralysie générale.

3^o Dans la neurasthénie ; phénomènes morbides ne présentant que l'apparence et non la réalité des symptômes essentiels constitutifs de la paralysie générale. Les troubles statiques chez le neurasthénique, plus apparents que réels, n'offrent pas les caractères ataxiques de ceux du paralytique. Les tremblements intermittents, purement émotifs, passagers de la neurasthénie, n'ont rien d'analogue aux tremblements de la paralysie générale. La prétendue perte de mémoire des neurasthéniques n'existe pas : la mémoire est chez eux paresseuse, distraite, obnubilée, mais sans les lacunes, les scotomes de la paralysie ; intellectuellement, le neurasthénique est plus paresseux que faible d'esprit ; il est hypocondriaque, mais il souffre réellement, ne fait qu'exagérer sa souffrance ou son inquiétude, il n'est jamais illogique ; l'hypocondrie

du paralytique général est imaginaire, absurde. Le neurasthénique est accessible au raisonnement, à la réconfortation, à la consolation : le paralytique général ne vous écoute même pas.

Pour Ballet (1893), on trouve dans la physionomie, la marche et l'évolution générale des signes neurasthéniques préparalitiques, des « caractères qui les distinguent de ceux de la neurasthénie simple et portent à les considérer comme des manifestations de l'encéphalite interstitielle ».

« 1^o Les stigmates, c'est-à-dire les signes permanents de la neurasthénie (céphalée en casque, rachialgie, plaque sacrée) font défaut ;

2^o Les douleurs névralgiques occupent dans le tableau clinique une place très importante. Ces douleurs sont multiples, essentiellement mobiles, variables d'un jour à l'autre. Les descriptions imagées qu'en font les malades étonnent. Ce sont des douleurs qu'on n'a pas coutume d'observer ;

3^o D'un moment à l'autre, on a des modifications brusques dans l'état du sujet, sans doute, le neurasthénique est susceptible de se laisser distraire et d'oublier temporairement les souffrances et la fatigue qui l'obsèdent, mais pas au même degré que le paralytique général ; il ne perd jamais complètement le sentiment de la réalité pathologique.

On est au contraire surpris de voir le neurasthénique paralytique qui tout à l'heure accusait de si violentes souffrances et se plaignait au plus haut point de sa santé, oublier ses douleurs sous l'influence d'un incident, d'une conversation qui l'intéresse et causer avec un enjouement et avec entrain. Ces modifications momentanées qui surviennent au gré des événements et des circonstances peuvent se manifester d'une façon plus durable, sous l'influence d'une tentative thérapeutique souvent insignifiante : les malades naguère découragés et tristes à l'excès, parlent avec joie de leur guérison ; leur satisfaction est exubérante et sans mesure, comme l'était, il y a peu de temps, leur désespoir. Bref, ces souffrances ont le caractère de phénomènes plus psychiques que

somatiques ; on leur trouve, à l'état en quelque sorte embryonnaire, plusieurs des traits que présentera plus tard, quand la maladie sera confirmée, le délire dans sa forme hypocondriaque et dépressive ».

Löwenfeld, en 1894, donne les mêmes indications que donnait déjà Krafft-Ebing en 1892, mais il note surtout les différences dans les modifications du caractère, de la conscience, de la mémoire et dans les modifications pupillaires : « L'inégalité pupillaire prolongée se rencontre, il est vrai, dans la neurasthénie, mais d'une façon si rare qu'il faut absolument se méfier, surtout s'il y a la syphilis sous roche. Un myosis permanent, la paresse des réactions de la pupille à la lumière, permettent d'écarter résolument le diagnostic de neurasthénie.

Il en est de même de la paralysie très fugace de la musculature de l'œil, de la disparition du réflexe du genou, qui se retrouvent assez souvent de très bonne heure dans la paralysie générale ».

Magnan et Sérieux notent aussi ce point de diagnostic ; certains symptômes pourraient faire craindre un début de paralysie générale : « Il existe de la céphalée, des névralgies, de l'amnésie, des vertiges, de l'inégalité pupillaire, de la paralysie généralisée. La volonté, l'attention sont diminuées ; il y a de la torpeur intellectuelle, les facultés génitales sont amoindries, le sujet a des préoccupations hypocondriaques. Mais, fait important, le malade a conscience de son état, il analyse lui-même les troubles qu'il éprouve, et il est plutôt porté à en exagérer la portée qu'à l'ignorer, comme le paralytique. En outre, on ne constate point d'hésitation véritable de la parole, point de lacunes profondes de la mémoire, point de modifications radicales du caractère ».

En 1896, Gross, d'Heidelberg, revient sur cette question. Pour lui, il est de règle que la paralysie générale débute par une période neurasthénique ; il en a été ainsi pour 179 cas sur 189 ; la neurasthénie paralytique se distinguerait surtout par des modifications spéciales du caractère, par exemple, l'irritabi-

lité, les changements d'humeur, l'oubli des convenances, les dispositions vaniteuses, les spéculations inconsidérées. Dans les cas où, malgré tout, on ne peut arriver à formuler le diagnostic, on doit s'inspirer, pour lui, de ce fait, que la neurasthénie est une maladie constitutionnelle dont les premières manifestations remontent jusqu'à la jeunesse. La paralysie générale est au contraire une maladie de la période moyenne de la vie. Aussi toute neurasthénie débutant entre trente et cinquante ans chez un homme jusque là sain, non nerveux, doit faire soupçonner le début d'une paralysie générale.

Tudson S. Bury (juillet 1896) déclare que les névroses dites fonctionnelles dépendent fréquemment de lésions organiques, et que, notamment, les signes de neurasthénie ne sont souvent que la première période de la paralysie générale ou d'une tumeur cérébrale, aussi doit-on se montrer très réservé pour le diagnostic.

La même année, Levillain étudiait la question plus profondément qu'en 1891. Pour lui, l'analyse des symptômes montre que le type de Beard n'est jamais pur ; chez les paralytiques par exemple, les troubles psychiques, dyslaliques, dysmnésiques ferait contraste par leur intensité avec les signes vraiment neurasthéniques : insomnie, état mental, troubles gastro-intestinaux. Les éléments manquent encore, d'après lui, pour formuler le diagnostic précis de ces cas délicats. « On ne peut qu'en indiquer les grandes lignes : 1° On est plutôt en présence d'un état neurasthéniforme que neurasthénique, évoluant spontanément sans cause connue ; 2° On trouve, associés, d'autres caractères non communs au type de Beard, ou, prédominants certains symptômes qui, par cela même, doivent éveiller l'attention et rendre circonspect ».

En avril 1897, M. le professeur Régis a publié dans la *Presse médicale* un article très documenté sur la neurasthénie et la paralysie générale, article auquel nous avons emprunté la plus grande partie de cet historique. Pour lui, en présence d'un état neurasthénique pouvant faire supposer

un début de paralysie générale, « le premier point à résoudre est celui qui concerne la nature même de cet état neurasthénique. S'il s'agit d'une neurasthénie vraie dont les racines remontent plus ou moins haut dans le passé, jusque dans la jeunesse, « l'hypothèse d'une paralysie générale peut être presque toujours écartée », car la paralysie progressive n'aime pas le terrain névropathique et ne se greffe que rarement sur des névroses essentielles. Lorsque l'on constate une neurasthénie franche, originaire, « il s'agit presque toujours d'une simple phobie, ayant pour objet la peur du ramollissement cérébral ». L'auteur cite le cas d'une dame de trente-sept ans qui se figurait avoir de l'embarras de la langue et éprouver une certaine gêne à s'exprimer.

« Restent les faits où la neurasthénie est accidentelle et survient sans attaches antérieures, à l'époque de la vie où se développe habituellement la paralysie générale. Ici, le diagnostic peut être très difficile. » Etant donnés les neurasthénies ou les états neurasthéniformes accidentels, « on doit séparer ceux qui succèdent à une infection et ceux qui sont dus à d'autres causes »; les premiers sont les seuls importants, car la paralysie générale relevant toujours d'une infection « peut accompagner ou suivre tous les états neurasthéniques d'origine infectieuse ».

Ne retenant donc que ces états neurasthéniques d'origine infectieuse, il faut distinguer encore ceux des infections aiguës et ceux des infections chroniques. Dans les affections aiguës (l'influenza en particulier), on fera le diagnostic « par ce fait que la neurasthénie paralytiforme commence par la fin et suit une marche régressive. Ces états de cérébrasthénie suivent donc une marche à rebours de l'évolution classique de la paralysie qui, elle, est progressive. Et cela se comprend puisqu'ils surviennent au moment où l'intoxication de l'organisme est à son maximum et qu'ils la suivent dans son atténuation habituelle ».

Pour les états neurasthéniques liés aux infections chroniques, on retiendra surtout celui de la syphilis, qui est le plus

près de la méningo-encéphalite. « Aussi doit-on avant tout, lorsqu'on se trouve en présence d'un état neurasthénique accidentel, s'assurer s'il existe ou non de la syphilis. » Si non, la paralysie générale peut être à peu près sûrement, je n'ose dire sûrement, écartée ; si oui, la difficulté commence, et elle peut être grande. »

L'auteur divise ces malades (neurasthéniques syphilitiques) en deux classes : « les neurasthéniques nerveux, les neurasthéniques cérébraux ». Chez les premiers, la vérole vient simplement accuser, renforcer la névropathie déjà présente. Ils n'ont guère que l'image, l'apparence de la paralysie qu'ils redoutent tant.

Les cérébraux sont « des descendants de congestifs ou d'apoplectiques chez lesquels la syphilis a créé une neurasthénie s'accompagnant de symptômes nouveaux, troubles oculo-pupillaires, troubles de la parole, trouble des réflexes, etc. Chez ceux-là, je crois qu'il ne faut pas s'amuser à faire un diagnostic, mais plutôt crier : « gare à la paralysie générale ! » Car s'ils peuvent s'améliorer, au besoin même guérir, ils peuvent aussi, et cela n'arrive que trop fréquemment, finir par elle. Leur neurasthénie, pour moi, n'est plus une simple névrose, mais bien le prélude, le premier terme de la paralysie générale ; c'est un pont jeté entre la syphilis, infection originaire, et la méningo-encéphalite terminale ; c'est un état de transition non fatal, mais critique entre les lésions purement fonctionnelles et les lésions organiques. »

Dans son ouvrage sur les paralysies progressives, Klippel (1897), reconnaît la difficulté du diagnostic de la neurasthénie et de certaines paralysies au début. Voilà comment il résout la question : on doit rechercher si le malade présente ou non les signes physiques de la paralysie générale qui ne consistent pas seulement en une asthénie plus ou moins marquée. Il y a du côté des pupilles et de la parole des troubles qui n'existent pas dans la neurasthénie ; tandis que, au contraire, les stigmates de la neurasthénie font défaut. Tels

sont ceux qui répondent à la céphalée en casque, à la dyspepsie, à l'insomnie.

Il reste ensuite l'état mental... L'intelligence du neurasthénique est bien plutôt engourdie par moments, bien plutôt épuisée rapidement par l'effort, que modifiée et perturbée dans ses manifestations. « Le neurasthénique a une intelligence paresseuse, le paralytique a une intelligence diminuée. » Ce ne sont pas là des nuances, mais des différences. Le neurasthénique, en effet, se rend compte des moindres détails, des moindres perturbations que sa maladie entraîne dans son activité intellectuelle. Il les expose, les décrit avec précision. Il déclare qu'à certains moments sa pensée perd sa netteté, lui échappe, devient vague soudain comme si elle était obnubilée, qu'un effort de sa volonté est nécessaire pour la ressaisir et que cet effort est une fatigue.

« Cette plénitude de la conscience n'appartient pas au paralytique. Il ne fournit pas de détail précis sur son état mental, chose difficile que le neurasthénique accomplit. Le neurasthénique nous a appris quels troubles mentaux sont les siens, et nous en sommes réduits aux connaissances tirées de nos propres observations en ce qui concerne le paralytique. »

A l'heure actuelle, aucun des traités de pathologie mentale ne passe sous silence cette particularité diagnostique qui nous occupe (Grasset, de Fleury, Roques de Fursac, Régis (*Précis de psychiâtrie*, 1906), Ballet, etc.).

Dans l'article paralysie générale du traité de pathologie mentale publié sous la direction de G. Ballet, on lit que les signes accusés par les paralytiques sont plus mobiles, plus variés, plus contradictoires, plus étranges que ceux du neurasthénique simple; sensations bizarres, plaintes disproportionnées; puis changements à vue. La céphalée en casque, l'insomnie, la rachialgie, très fixes et tenaces chez le neurasthénique, sont ici plus mal dessinées. Le neurasthénique répète toujours la même litanie; le paralytique général, au contraire, oublie ses dires antérieurs; il ne tient

pas à son passé, il est tout au présent. « Il parle de sa maladie avec plus d'exagération dans les termes que de conviction dans les idées ». On observe des contradictions fugitives entre le contenu de son discours et l'expression mimique. « L'état mental du neurasthénique est tout différent de celui du paralytique général neurasthéniforme. » Enfin, on peut trouver quelques troubles du caractère, quelques troubles somatiques ou psychiques particuliers à la paralysie progressive.

En 1905, Périquier, dans sa thèse (Lyon) sur les formes dépressives de la neurasthénie, établit le diagnostic en se basant sur le psychisme: « L'intelligence n'est jamais intacte dans la méningo-encéphalite diffuse; on note l'absurdité et l'illogisme des conceptions, leur frivolité; le neurasthénique, au contraire, analyse à fond ses sensations, il raisonne; c'est là le point principal, le nœud de la question; le neurasthénique a conscience de son état; le paralytique général décrit ce qu'il ne ressent pas, et souvent il y a contradiction entre ses paroles, empreintes de tristesse et l'expression de sa physionomie.

« Le paralytique général appelle l'attention d'une façon exagérée sur des troubles peu importants et laisse dans l'ombre des troubles réellement graves, et ceux-ci ne le préoccupent pas...

Le neurasthénique, au contraire, apprécie à leur valeur les symptômes dont il se plaint, tout en exagérant leur portée; il donne avec un grand luxe des détails sur les symptômes qu'il éprouve, tandis que le paralytique général est le plus souvent rebelle aux questions.

Certains neurasthéniques ne se résolvent qu'avec peine à parler, mais encore prennent-ils leur revanche par des réflexions écrites; on connaît la fréquence des petits papiers du professeur Charcot; jamais un paralytique ne se conduit ainsi.

On peut par le calcul mettre en évidence certains troubles somatiques; ces symptômes ne se retrouvent pas dans la

neurasthénie essentielle. Un excellent signe très précoce est la sensation de tremblement qu'on a quand on donne une poignée de mains au malade, on perçoit alors, en effet, une série de fines secousses musculaires, de trémulations caractéristiques.

» En résumé, la neurasthénie ne consiste qu'en un trouble passager de la cellule nerveuse, tandis que la paralysie générale altère celle-ci profondément et définitivement ».

Depuis que Widal et Ravaut ont fait pour la première fois, en 1900, le cytodagnostic de la paralysie générale, tous les auteurs qui ont traité la question conseillent de recourir à cette petite opération pour arriver au diagnostic; Ballet, notamment, dans un article sur « Les affections qu'on confond souvent avec la neurasthénie » (*Bulletin médical*, 1906), après avoir rappelé les signes déjà donnés par lui en 1893, ajoute : « Si l'on reste dans l'embarras, on a aujourd'hui pour s'éclairer la ressource de la ponction lombaire, puisqu'il est démontré que dans la règle, la lymphocytose rachidienne, absente chez les neurasthéniques, existe plus ou moins abondante dans la paralysie générale comme dans le tabès. »

Dans un ouvrage récent sur les rapports de la neurasthénie et de la paralysie (neurastenia et parali), P. Petrazzani conclut à l'impossibilité, dans la majorité des cas, d'établir, un diagnostic entre la neurasthénie simple et la neurasthénie prodromique : « Pourquoi, dit-il, phase neurasthéniforme de paralysie progressive et non neurasthénie vraie et particulière qui aboutit à la paralysie? Sur quels phénomènes incontestables s'est-on basé pour fixer un choix définitif entre les deux formules possibles d'interprétation? La solution adoptée a-t-elle dans les phénomènes cliniques des bases si solides et si sûres qu'on doive la retenir comme une chose jugée et au couvert de toute critique et de toute suspicion? » Et l'auteur s'efforce de démontrer l'absolue identité de la symptomatologie et de l'étiologie de ces deux états. Il conclut que la symptomatologie passe de la neurasthénie à la para-

lysie générale en parcourant des étapes intermédiaires dont la rapidité d'évolution est en raison directe de la durée et de l'intensité de l'action morbide, et en raison inverse de la résistance des centres. Conséquemment, la curabilité de la paralysie progressive sera proportionnelle à la durée et à l'intensité de la cause morbide et au degré de résistance des centres. L'atténuation ou la disparition définitive ou momentanée de la cause toxique pourra s'accompagner de l'atténuation ou de la disparition momentanée ou définitive du processus paralytique. La sévérité actuelle du pronostic de la paralysie progressive est dû à ce fait que la forme initiale peu avancée et guérissable passe presque toujours inaperçue ou méconnue et à l'influence de cette idée préconçue : que la paralysie progressive n'est pas curable, que toute affection qui guérit, alors même qu'elle ressemble exactement à la paralysie, n'est pas la paralysie. Et l'auteur conclut enfin que les états de neurasthénie dans lesquels on observe de l'inégalité pupillaire, de la parésie, des ictus, etc., ne sont qu'une forme de paralysie générale résolutive, abortive, pseudo-paralytique, et qu'on doit les rayer du cadre de la neurasthénie.

Telles sont les idées principales qui ont été émises sur le diagnostic de la neurasthénie simple et de la neurasthénie préparalytique; dans le chapitre suivant nous essaierons d'en tirer profit pour établir à notre tour ce même diagnostic.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC SYMPTOMATIQUE

1^o Symptômes psychiques

Le simple exposé de toutes ces opinions montre à lui seul toute l'importance de la question et les efforts tentés par les spécialistes les plus compétents pour arriver à la résoudre; de la lecture de leurs conclusions parfois divergentes ou contradictoires entre elles se dégage clairement la notion de la difficulté de la tâche; de plus, certains auteurs ont pris en grande considération pour établir leur diagnostic des signes laissés dans l'ombre ou même complètement négligés par d'autres; de sorte que la lecture de tout cet amas de faits accumulés par de multiples écrivains laisse dans l'esprit une certaine confusion.

Aussi ne sera-t-il pas inutile croyons-nous de comparer entre eux les principaux signes que l'on rencontre dans la neurasthénie cérébrale et dans la neurasthénie préparalytique et d'étudier les caractères différentiels que peut présenter un symptôme à première vue identique dans les deux affections en présence; pour établir ce parallèle, nous nous appuierons sur les auteurs mêmes que nous avons cités dans l'historique et sur d'autres encore qui ont traité ces dernières années de la neurasthénie ou de la paralysie générale; cette tâche est ingrate à remplir, nous ne nous le dissimulons pas, nous ignorons complètement à quel résultat

elle va nous mener, mais nous sommes convaincu de son utilité, et nous serons heureux de l'avoir entreprise, si nous arrivons à nous faire une opinion nette sur le diagnostic de la neurasthénie et de la neurasthénie préparalytique et si nous parvenons à fixer approximativement la valeur relative des signes différentiels donnés par les divers auteurs.

Ces deux maladies se manifestent par des signes psychiques et physiques qu'il est naturel d'examiner séparément ; nous commencerons par les premiers.

Dans la sphère psychique, toutes les facultés intellectuelles sont ou peuvent être atteintes dans les deux affections.

Troubles de l'Idéation. — Quels sont les troubles de l'idéation et quelles différences peut-on observer ? Dutil dépeint le neurasthénique comme présentant une propension marquée de l'esprit aux idées tristes, aux préoccupations hypocondriaques : « Ils se croient atteints de maladies graves du cerveau ou de la moelle épinière, de cancer à l'estomac ».

Régis décrit ainsi le paralytique au début : « ou bien, ils deviennent hypocondriaques, se plaignent de palpitation, d'étouffements, de sensations ou de maux de toute sorte ; ils vont consulter sur leur état, ne cessent de se lamenter et se gorgent de médicaments. » Ainsi donc, l'état d'esprit des deux sortes de malades est fait d'hypocondrie ; la plupart des auteurs constatent que dans les deux cas on a exagération des souffrances, des tourments ; mais d'après Fournier, le neurasthénique est accessible au raisonnement, aux consolations, contrairement au paralytique qui n'écouterait même pas ; c'est aussi l'avis de Dutil ; Ballet est d'une opinion contraire, le neurasthénique est bien susceptible de se laisser distraire, d'oublier sa souffrance et sa fatigue, mais pas au même degré que le paralytique qui, sous l'influence d'une tentative thérapeutique souvent insignifiante peut oublier ses souffrances et se croire guéri ; on a voulu trouver un terme de distinction dans la façon dont les malades exprimaient leurs chagrins, leurs maux : la plupart des auteurs reconnaissent que les deux genres de malades les exagèrent,

mais les paralytiques en donneraient des descriptions imaginées, étonnantes (Ballet); cependant Klippel, Périquier, nous montrent au contraire le neurasthénique donnant toutes sortes de détails sur sa maladie, alors que le paralytique serait le plus souvent rebelle aux questions.

Devons-nous retenir les caractères d'absurdité, d'illogisme que certains auteurs (Fournier, Klippel, Périquier) prêtent aux plaintes et aux conceptions des paralytiques ? Certes, si un malade nous dit par exemple, qu'il souffre de la constipation parce que Paris est dans son ventre, notre attention sera immédiatement mise en garde contre la paralysie générale et, en effet, nous trouverons certains autres signes intellectuels ou même physiques qui nous permettront de faire le diagnostic. Mais en règle générale, cette absurdité sera peu accentuée ou même complètement absente dans la période qui nous occupe et cela ne doit pas surprendre, puisque certains paralytiques arrivent à la dernière période de la maladie sans présenter autre chose que des troubles purement moteurs (voir l'observation I de Jourdan, syphilis et paralysie générale, *Progrès médical*, 1906).

D'ailleurs, nombreux sont les neurasthéniques qui, cherchant une cause à tous leurs maux, en donnent des raisons absolument baroques.

Il est encore exact (Magnan et Sérieux, Fournier, etc.) que le paralytique n'attache pas parfois une importance suffisante à certains ordres de symptômes, contrairement au neurasthénique qui, lui, s'analyse complètement et retient tous les signes; ce symptôme paraît avoir une certaine valeur, nous l'avons retrouvé dans des observations que nous publions. En résumé, les neurasthéniques simples et les neurasthéniques préparalytiques sont des hypocondriaques qui peuvent aussi bien l'un que l'autre exagérer leur maux, les décrire avec un grand luxe de détails et ne présenter dans leurs plaintes aucune absurdité.

Mais nous retiendrons les caractères d'absurdité de leurs plaintes et du peu d'importance que les malades attachent à

certaines symptômes. Ces signes ont en effet une valeur assez considérable, car lorsqu'on les rencontre, ils sont les premières manifestations, les premières nuances grâce auxquelles on peut reconnaître un premier degré d'affaiblissement mental, qui appartient bien plus à la paralysie qu'à la neurasthénie où l'on verrait simplement de l'affaissement (Régis). Comme autres troubles de l'idéation, Bouveret dit que l'on peut trouver dans la neurasthénie prodromique des idées et des conceptions délirantes embryonnaires; c'est exact, mais à cette phase de la maladie, le délire de grandeur même à l'état embryonnaire est exceptionnel et certains auteurs ont pu prévoir chez des neurasthéniques l'évolution ultérieure de la paralysie générale par la seule constatation d'idées vaniteuses contrastant avec la modestie antérieure des malades. La valeur de ce signe est donc restreinte par sa rareté.

Troubles de la volonté. — Si on étudie les troubles de la volonté dans les deux maladies, on s'aperçoit que cette faculté est le plus souvent diminuée dans les formes dépressives de début de la paralysie générale. Tous les classiques constatent le fait, et la perte ou la diminution de l'attention n'est qu'une conséquence de l'altération du pouvoir de volition; pour Magnan, cette fatigue de l'attention serait le premier indice de l'altération de la cellule nerveuse. Dans la neurasthénie, Klippel constate que l'effort de la volonté est une fatigue, Magnan que « la volonté et l'attention sont diminuées ». Bianchi indique une faiblesse de la volonté, Strümpell un manque d'énergie psychique, Hammond affirme: « l'énergie et la volonté font défaut ». Dutil semble avoir résumé l'opinion générale en écrivant: « L'aboulie est à coup sûr le trait le plus saillant de l'état mental des neurasthéniques. »

On ne peut donc tirer aucun renseignement bien utile des troubles de la volonté; ils paraissent seulement être plus accentués dans la neurasthénie,

Troubles de la mémoire. — En ce qui concerne les troubles

de la mémoire, Mobèche décrit très bien ceux du paralytique déprimé : « Souvent ils accusent l'affaiblissement de leur mémoire. L'altération de la mémoire porte surtout chez eux sur les impressions les plus récemment perçues, ils se souviennent généralement au contraire de tout ce qui a précédé la maladie. Ils oublient le nom de leurs amis, des choses les plus usuelles. Dans la conversation, ils ont de la peine à retrouver le mot propre de la chose qu'ils veulent désigner, ils sont obligés de recourir à des circonlocutions pour exprimer leur pensée; quand ils écrivent ils oublient un mot dans une phrase, une lettre dans un mot. »

Tous les auteurs (Krafft-Ebing, Bouverel, Joffroy, etc.) constatent de même une amnésie pour les faits de date récente, une amnésie de fixation pour les mots, les noms, les chiffres, de l'incertitude du calcul des dates et admettent que ces phénomènes sont précoces.

Dans la neurasthénie, Fournier prétend qu'il n'y a pas de perte de la mémoire, elle n'est que paresseuse, distraite, obnubilée; cependant, la plupart des auteurs indiquent un affaiblissement réel. D'après Hammond : « La mémoire est affaiblie »; d'après Huet : « La dépression cérébrale peut être prononcée et marquée par une diminution de la mémoire »; d'après Kræpelin : « Le neurasthénique oublie facilement le nom et les nombres »; Bianchi écrit : « Les neurasthéniques peuvent devenir amnésiques... et l'amnésie est même souvent progressive ...on a diminution du pouvoir d'attention, de la distraction... le manque de mémoire est notable..., le pouvoir d'association lui-même se ressent de l'affaiblissement de la fonction cérébrale... »

En résumé, dans la neurasthénie, amnésie de fixation, amnésie pour les faits de date récente; c'est en apparence comme dans la paralysie générale; cependant on a des différences : dans la paralysie on peut avoir, même au début (Bouveret) des lacunes, des scotomes, des trous dans la mémoire; dans la neurasthénie (Fournier), ce phénomène n'existe pas.

D'après Joffroy et Cornillot, on peut déceler ce trouble de la mémoire tout à fait au début alors qu'il n'apparaît pas extérieurement par l'épreuve du calcul, c'est-à-dire en faisant exécuter, au malade des opérations arithmétiques de difficulté en rapport avec son éducation mathématique. Le paralytique et le neurasthénique commettent tous les deux des erreurs de soustraction, de multiplication, etc., mais le premier les laisse passer inaperçues, ne s'en étonne pas, le second au contraire les voit et les corrige ou tout au moins fait des efforts, emploie des artifices pour les éviter; c'est ainsi que dans une multiplication; ne pouvant confier à sa mémoire trop infidèle le chiffre des retenues, il l'inscrira à côté de l'opération où il le retrouvera au moment opportun. Cette distinction absolument exacte pour une paralysie confirmée perd de sa valeur si on l'applique au début de la même maladie, car le neurasthénique ne se corrige ou ne cherche à éviter ses erreurs que parce qu'il a conscience de les commettre; or, dans la période préparalytique, nous allons le voir, la conscience du malade est souvent indemne et on ne voit pas alors pourquoi il n'emploierait pas pour éviter les erreurs, les mêmes procédés que le simple neurasthénique.

Troubles de la conscience. — Nous venons d'affirmer l'intégrité fréquente de la conscience chez le malade préparalytique; cette assertion mérite d'être confirmée, car plusieurs auteurs ont vu dans la perte de la conscience un des meilleurs signes pour la différenciation de la neurasthénie simple, de la neurasthénie prodromique, de la paralysie. Klippel dit : « Le neurasthénique se rend compte des moindres détails, des moindres perturbations que sa maladie entraîne dans son activité intellectuelle... il les expose, les décrit avec précision... Cette plénitude de la conscience n'appartient pas au paralytique. Il ne fournit pas de détails précis sur son état mental, chose difficile que le neurasthénique accomplit. Le neurasthénique nous a appris quels troubles mentaux sont les siens et nous en sommes réduits aux connaissances

tirées de nos propres observations en ce qui concerne le paralytique. » D'après Magnan et Sérieux : « Dans la neurasthénie, le malade a conscience de son état, il analyse lui-même les troubles qu'il éprouve et il est plutôt porté à en exagérer la portée qu'à l'ignorer comme le paralytique. » D'autres aliénistes encore, Arnaud en particulier, partagent les mêmes vues sur la perte de conscience des paralytiques.

Cependant d'autres auteurs non moins autorisés (Parant, Marandon, de Montyel, Régis) sont d'un avis différent. D'après eux, même à la période du début de la paralysie générale confirmée, les malades conservent souvent assez de conscience pour continuer l'exercice de leur profession et analyser leur état et les signes qu'ils présentent; les deux tiers d'entre eux (Marandon de Montyel) conservent la conscience de certains de leurs accidents; Dupré reconnaît qu'à la période du début « le malade se rend compte parfois lui-même de son affaiblissement psychique ». S'il en est ainsi alors que la maladie est confirmée par des signes physiques et psychiques caractéristiques, quels troubles de la conscience présenteront donc les malades à la phase prodromique ?

Pour juger à quel point les préparalytiques peuvent apprécier leur amoindrissement, leur déchéance intellectuelle et physique, il suffit de lire la description qu'en donne M. le professeur Régis : « Psychiquement, le futur paralytique général conserve toutes les apparences de l'intégrité la plus complète. Mais il sent, lui, que son énergie mentale diminue et décline lentement, que le travail lui est pénible, que sa mémoire a des défaillances et que c'est de plus en plus par une sorte d'automatisme professionnel qu'il accomplit à à peu près correctement la tâche de chaque jour. Quelques sujets suivent avec anxiété le lent travail de désorganisation physique et psychique qui s'opère en eux; et c'est ainsi qu'absolument conscients de leur état et parfois même pressentis de leur avenir, ils peuvent à ce moment annoncer leur déchéance imminente ou essayer de s'y soustraire par la

mort. » Une telle description serait applicable mot à mot aussi bien à un simple neurasthénique et nous devons renoncer à trouver dans les troubles de la conscience le critérium pour notre diagnostic; nous dirons même (s'il est vrai ainsi que l'a affirmé Cornillot, que la transformation est appréciée d'autant plus vite que le malade appartient à un milieu social plus cultivé ou que sa situation l'oblige à des efforts intellectuels plus grands), que c'est dans cette forme prodromique neurasthénique que les troubles seront le mieux reconnus, car c'est précisément parmi les classes sociales élevées et actives que se recrutent ces maladies à symptômes neurasthéniques.

Troubles de l'affectivité. — Dans le domaine de l'affectivité, les auteurs trouvent des émotions et des sentiments morbides dans la paralysie comme dans la neurasthénie.

Un des troubles principaux est l'émotivité, l'impressionnabilité; certains veulent en faire l'apanage exclusif de la neurasthénie (Fournier); pourtant, si cette émotivité est un hors-d'œuvre à la période d'état de la paralysie, il n'en est pas de même au début; Bouveret l'admet, elle se traduit souvent par des pleurs; le neurasthénique et le paralytique ont la larme facile; le souvenir de leurs maux, une idée attendrissante suffisent pour déterminer des crises de larmes abondantes; les paralytiques pleurent surtout au début de leur affection (Marandon, de Montyel) « à tout propos et hors de propos » et dans la proportion de 21 pour 54 cas; leur pleurnicherie est caractérisée non seulement par l'abondance des pleurs, mais encore par la futilité des motifs qui les amènent ». Les neurasthéniques en général ont un motif assez sérieux pour verser des larmes.

Les modifications du caractère sont les mêmes dans les deux maladies : l'irascibilité, les mouvements de colère, de violence à la moindre opposition sont bien connus dans la paralysie générale (Lasègue, Brière de Boismont) et dans la neurasthénie.

La perversion des sentiments affectifs s'observe aussi à la

fois dans la neurasthénie et dans la paralysie : l'égoïsme pathologique du neurasthénique est signalé tout particulièrement par Krafft-Elbing; dans la paralysie, Bonhomme a trouvé de l'égoïsme pathologique à tous les degrés, depuis « l'indifférence pour autrui, le défaut d'indulgence, la critique à l'égard de tous jusqu'aux insinuations et aux actes malveillants ». Pour Voisin : « L'individu devient d'un égoïsme révoltant; il ne parle que de lui, ne pense qu'à lui, le mot « je » se trouve à chaque instant dans sa bouche ».

Le neurasthénique (voir le malade imaginaire) peut, comme le paralytique, perdre complètement ses sentiments affectifs envers les êtres les plus chers : on trouve chez lui de l'anesthésie affective.

Les dispositions vaniteuses (Gross), le développement exagéré du sentiment de la bienveillance sont très connues dans la paralysie générale (Régis), mais dans les formes dépressives de début elle sont rares, aussi leur constatation chez un neurasthénique devrait-elle éveiller des soupçons. A part ce dernier fait, nous ne voyons dans la nature des modifications des sentiments ou du caractère aucune différence digne de remarque; mais presque tous les auteurs donnent des différences dans la qualité de ces transformations, qui seraient profondes et durables, de la paralysie (Krafft-Ebing, etc.), variables et peu intenses dans la neurasthénie. Pourtant, certaines de ces modifications telles que l'irritabilité, la colère, peuvent se montrer aussi variables dans la paralysie que dans la neurasthénie (Lasègue, Brière de Boismont).

Pour Krafft-Ebing et Roscioli, les phobies sont exceptionnelles dans la paralysie, pourtant il n'est pas rare de rencontrer dans les périodes prodromiques à forme dépressives des phobies hypocondriaques; or, si l'on peut trouver dans la neurasthénie toutes sortes de phobies, ce sont, cependant, celles-ci qui dominent.

Il est un sentiment particulier qui est souvent atteint dans la paralysie générale confirmée, le sentiment des conve-

nances, qui est diminué ou même complètement aboli; la politesse, la propreté, la tenue, la pudeur, le sens moral, n'existent plus pour le malade qui devient d'un cynisme révoltant; aussi, lorsqu'un acte de cette nature survient tout d'un coup chez un sujet en apparence normal, cela suffit-il quelquefois pour mettre sur la voie du diagnostic. La perte du sens moral est donc un signe à retenir, mais, outre que ces actes de perversion morale se rencontrent surtout chez les paralytiques excités et non déprimés, ils sont loin d'être constants et surtout très caractérisés au début; or, il n'est pas rare de rencontrer de simples neurasthéniques négligés dans leur tenue, leur attitude, absorbés qu'ils sont par le soin unique de leur santé; ces considérations réduisent quelque peu la valeur de ce signe.

Troubles de la mimique. — Baillarger est le premier auteur qui ait signalé les troubles de la mimique dans la paralysie générale; le teint terreux, les traits flasques et immobiles du paralytique général ne permettent pas à l'observateur de soupçonner l'état mental du sujet tellement l'expression du visage est terne, effacée, c'est l'amimie; ou bien on observe de la dissociation ou même de la contradiction entre l'état psychique et l'expression mimique; l'immobilité du faciès a été opposée (Pic) à l'habituelle mobilité du visage et du regard du neurasthénique; lorsque ce symptôme est net, il suffit parfois à lui tout seul pour orienter le diagnostic, mais il est loin d'être constant, surtout au début. Pour Tanzi, il aurait une valeur décisive pour le diagnostic comme signe précoce; mais pour Petrazzani, ce n'est point un signe précoce dans la forme prodromique neurasthénique « où souvent prédomine la plus exquise expression mimique de la douleur sous toutes ses formes. Quand il existe, c'est tout simplement un signe de plus et non le seul signe d'une paralysie qui est déjà hors de la période initiale. »

Nous avons parcouru à peu près complètement le domaine psychique; quel a été le résultat de notre investigation? Tout

d'abord, nous n'avons trouvé aucun signe suffisamment caractérisé ou assez constant qui puisse servir de critérium pour le diagnostic de la neurasthénie simple et de la neurasthénie préparalytique, et nous serons forcé d'accumuler plusieurs symptômes qui n'auront chacun qu'une valeur très relative, mais qui, réunis en bloc, formeront une présomption sérieuse en faveur de l'une ou l'autre affection.

Si le malade se présente avec des idées délirantes, même embryonnaires, avec une diminution de l'intelligence, suffisante pour qu'il émette des idées absurdes, illogiques, un affaiblissement de la conscience tel qu'il ne soupçonne pas la gravité de son état et qu'il laisse passer des erreurs grossières de calcul; s'il a des lacunes nettes dans sa mémoire; s'il présente un oubli des convenances bien caractérisé, ou bien des sentiments de bienveillance contrastant avec ses sentiments antérieurs; si le malade offre tous ces symptômes, on n'aura pas affaire à un neurasthénique préparalytique, mais à un paralytique général bel et bien confirmé; si plusieurs de ces symptômes seuls sont en présence, on pourra dire que l'on a affaire à un futur paralytique: mais si l'on ne constate qu'un ou deux seulement de ces signes, ou même s'ils font absolument défaut; si l'on est en face d'un état fait de dépression, d'hypocondrie, d'aboulie, de dysmnésie, d'indifférence ou d'éréthisme émotionnels, il ne sera pas toujours possible de trouver des *nuances* assez tranchées pour pouvoir distinguer l'affaiblissement de la neurasthénie de l'affaiblissement de la paralysie. Cette hypothèse n'est pas purement gratuite, et le témoignage des auteurs est là qui prouve que ce fait peut exister. Tanzi écrit: « ... La distinction étant quelquefois impossible entre la neurasthénie et la paralysie, souvent on doit ajourner le diagnostic jusqu'à ce qu'apparaissent les premiers signes certains. » Bianchi cite des cas, lesquels « pendant plusieurs années ne présentent rien autre que le syndrome de la neurasthénie; malaises, grandes préoccupations pour leur santé, prédominance des idées hypocondriaques.... on ne peut sur-

prendre aucun fait d'une réelle valeur semeiotique; le doute naît de la progression de la décadence mentale neurasthénique. » Régis cite une observation dans laquelle le diagnostic fut impossible, et le malade avait été suivi de près pendant plusieurs mois. Nous citons une observation de Petrazzani qui est caractéristique, le diagnostic exact n'ayant pu être fait durant cinq ans, et un cas de Ballet qui fut étiqueté « neurasthénie » pendant sept ans !

De cette comparaison des troubles morbides psychiques des deux affections se dégagent donc les conclusions suivantes : 1^o il existe un certain nombre de signes ou de nuances, tirés de l'examen psychique, capables par leur groupement de permettre le diagnostic d'un état neurasthénique préparalytique (ces signes, nous les avons énumérés plus haut); 2^o il existe des états neurasthéniques stationnaires n'évoluant qu'à la longue vers la paralysie générale qu'il est pratiquement impossible, par le seul examen psychique, de distinguer de la neurasthénie simple.

2^o Signes physiques

Le signe différentiel pathognomonique que ne peut nous fournir l'exploration du domaine psychique, le trouverons-nous dans l'examen des symptômes physiques ?

Sensibilité. — Le chapitre des troubles de la sensibilité est un des plus importants chez le neurasthénique où ils sont très accusés. On trouve de la céphalée, de la rachialgie, douleur sacrée (en plaque), des névralgies errantes ou fixes (Crocq), des vertiges, des scintillements, des crampes, des bourdonnements, des sensations viscérales variées, des hyperesthésies diverses (du cuir chevelu), de l'exagération de l'appétit, des palpitations, etc. Dans la paralysie, au contraire, dit-on, les phénomènes sensitifs sont peu accusés; cependant, voilà déjà bien longtemps que de Crozant et Michéa ont insisté sur les troubles de la sensibilité de la pé-

riode prodromique. En parlant de la paralysie générale, Voisin dit : « On a quelquefois de la céphalalgie, de la rachialgie, de l'épigastralgie et autres névralgies souvent bien localisées. » — « Dans la période prodromique, écrit Krafft Elbing, on observe des symptômes de neurasthénie : céphalée... vertiges... irritation spinale... névralgies diffuses... » et Oppenheim : « Avant les faits mentaux sont des faits subjectifs correspondant en grande partie à ceux de la neurasthénie, tels que la céphalée, la sensation de pression à la tête. » D'après Krœpelin, on rencontre de la céphalée « ... et des bourdonnements, des éblouissements, des vertiges... des démangeaisons, des cuissons généralisées, des douleurs rhumatoïdes et une grande sensibilité au froid, de sorte que les malades sont considérés longtemps comme neurasthéniques. » — « Les malades, dit Bianchi, indiquent des désordres qualitatifs de la sensibilité cutanée comme dans le tabès et souffrent de céphalée, de névralgies. » D'après Bouveret, les paralytiques peuvent avoir des douleurs vagues dans les membres, même des palpitations; on peut avoir de l'exagération de l'appétit (Régis). Teissier signale les névralgies viscérales. Bref, nous croyons avoir amassé assez de documents et invoqué le témoignage d'un nombre suffisant d'auteurs pour pouvoir nous permettre de dire, contrairement à ce qu'affirment Levillain, Beard, Ballet, Fournier, qu'il n'y a guère de symptômes douloureux ne cadrant pas avec la paralysie générale, ou constituant « de véritables hors-d'œuvre. » En réalité, on peut le constater par l'énumération ci-dessus, les symptômes sensitifs des deux maladies sont à peu près les mêmes dans ces affections. Mais ces signes ne diffèrent-ils pas par certains caractères ?

Un des plus importants, de part et d'autre, est la céphalée.

Cullère, Régis, Krœpelin en ont montré toute l'importance comme signe prodromique de la paralysie. Régis soutient qu'elle est plus fréquente dans la paralysie que dans les autres maladies mentales; pour B. Lewis, c'est une céphalée sévère; Krœpelin dit : « A la période initiale de la maladie,

comme phénomène bien régulier, on rencontre une forte douleur de tête qui est décrite comme une sensation de pesanteur sourde, mais très violente. » D'après Bouveret, elle procède par accès et est très intense. En résumé, dans la paralysie, céphalalgie très fréquente procédant par accès sous forme de pesanteur sourde, très violente. Et Ballet trouve que les souffrances des paralytiques ont un caractère plus psychique que somatique !

Chez le neurasthénique, la céphalée revêt le caractère classique de la céphalée en casque des *galeati* (Charcot). C'est une sensation de pression. D'après Bouveret, elle est continue, non très intense, souvent localisée à la nuque. De même pour Ballet, elle est très fixe, très tenace. Dutil en donne une longue description : « ... La céphalée n'est pas toujours généralisée à tout le crâne; elle est parfois localisée au front, à la racine du nez, à l'une des fosses temporales, mais surtout à la nuque et à l'occiput. Cette dernière localisation est la plus commune. La céphalée est quelquefois continue, toujours tenace. Chez le plus grand nombre de malades, elle passe par des alternatives de répit et d'exaspération. » Elle se montrerait le plus vive après le réveil et se calmerait après les repas.

En résumé, malgré quelques contradictions entre les divers auteurs, on peut dire qu'en général la céphalalgie neurasthénique est peu intense, tenace, se manifeste sous forme de pression souvent localisée à la région postérieure de la tête. Elle offre donc quelques différences d'avec la céphalée paralytique.

Les neurasthéniques, comme les paralytiques, peuvent présenter de l'hémicrânie (Krafft-Ebing); mais, chez les premiers, elle est simple, tandis que chez les seconds elle serait toujours accompagnée (migraine ophtalmique). Baudron cite des cas où cette migraine a précédé de dix ans la paralysie générale.

Pour différencier les autres troubles de la sensibilité, Roscioli se basait sur la variabilité de chaque signe dans la neu-

rasthénie. Levillain, de même, se base « sur la variabilité et la fragilité des manifestations neurasthéniques.

Pour plusieurs auteurs (Ballet, Fournier), c'est au contraire dans la paralysie générale que « les douleurs sont multiples, essentiellement mobiles, variables d'un jour à l'autre. » C'est absolument l'inverse de ce que disent Roscioli et Levillain.

Pour notre part, nous serions plutôt tentés de croire la version de Ballet, car nous avons constaté les caractères qu'il indique dans plusieurs observations de préparalytiques (Obs. nos 3, 4, 5). Cependant, nous n'accordons qu'une faible importance à ces caractères, car les contradictions ne font que s'accroître si on creuse ce sujet. C'est ainsi que Dutil prétend que, dans la neurasthénie, « la rachialgie est en général mobile et passagère ». D'après Ballet, au contraire, dans la neurasthénie « la rachialgie est en général tenace. »

On peut aussi placer, parmi les troubles de la sensibilité, un symptôme indiqué par Cramer qui le considérerait comme un signe important pathognomonique de la paralysie générale : c'est l'anesthésie du cubital. Mais on a montré que ce signe n'est pas très précoce, et Briand et Ivonesko (Congrès de Bordeaux, 1895) ne l'ont trouvée que dans 50 % des cas de paralysie générale confirmée. Sa valeur est donc toute relative.

A côté des troubles sensitifs, nous pouvons dire quelques mots de certains troubles sensoriels, gustatifs et surtout olfactifs. Voisin leur attribue une assez grande importance dans le diagnostic de la paralysie générale : on constate de l'hyposmie ou même de l'anosmie absolue ; on les constaterait très fréquemment même au début, et, de plus, ces symptômes n'existeraient pas dans d'autres affections mentales. Cela nous paraît exagéré. En effet, au début de la paralysie, l'hyposmie est souvent absente ou si légère qu'elle est difficile à mettre en relief ; de plus, plusieurs auteurs, Dutil en particulier, ont noté des perversions de l'odorat et du goût chez de simples neurasthéniques.

Motilité. — Examinons les troubles moteurs en commençant par les troubles généraux.

Les crampes, les contractions fibrillaires peuvent s'observer chez le neurasthénique (Dutil). De même, on peut trouver du tremblement (Pitres). C'est un véritable tremblement vibratoire apparent, surtout aux membres supérieurs, à oscillations rapides et brèves; il est pareil au tremblement décrit par P. Marie dans la maladie de Basedow et au tremblement rapide qu'on observe chez certains hystériques. D'après Lamacq, on observerait chez les neurasthéniques du tremblement 85 %; il ne présenterait aucun caractère particulier. D'après Morselli, toujours chez les neurasthéniques, il serait le trouble moteur le plus important et le plus frappant; d'après Hirt, les contractions fibrillaires peuvent exister, mais sont rares et d'un mode variable. Donc, le tremblement existe dans la neurasthénie comme dans la paralysie générale où il constitue un signe important, puisque, d'après Lasègue, ce serait le premier signe du début. Ici, il affecte surtout la langue, les lèvres, les muscles de la face, les mains. Ces localisations, d'ailleurs, n'ont rien de caractéristique, contrairement à ce que croit Farabeuf, dans la neurasthénie, puisque dit Oppenheim, il y a souvent « du tremblement à contractions fibrillaires et même du tremblement des orbiculaires des lèvres »; et Giovanni : « On remarque encore facilement des contractions fibrillaires de la langue »; et Krœpelin est encore plus explicite : « Parfois, les malades s'aperçoivent de légères contractions qui se passent spécialement dans chaque muscle du visage... d'un léger tremblement des mains... de contractions fibrillaires de la langue. » Donc, on n'a aucune différence dans la localisation du tremblement. Le seul caractère distinctif de quelque valeur est le caractère émotif du tremblement neurasthénique indiqué par Strümpell et Fournier : en effet, ce tremblement apparaît ou augmente au moment des émotions. Mais la valeur de ce signe est diminuée par ce fait

que, dans la période préparalytique, le tremblement est lui-même peu marqué et intermittent.

Puisque le tremblement des mains peut exister dans la neurasthénie, nous nous demandons si le signe indiqué par Pic (voir Thèse Peridor, Lyon, 1905) a réellement toute la valeur qu'il paraît lui attribuer pour le diagnostic de la paralysie. « Un excellent signe très précoce est la sensation de tremblement qu'on a quand on donne une poignée de mains au malade; on perçoit alors, en effet, une série de fines secousses musculaires, de trémulations caractéristiques. Cela n'est-il pas, en effet, la simple perception subjective, pour l'observateur, d'un tremblement fibrillaire qu'il pourrait déceler et percevoir objectivement en plaçant, sur la main ouverte et étendue du malade, un objet léger tel qu'une feuille de papier à cigarette qui s'agiterait à chaque secousse et traduirait ainsi fidèlement les trémulations.

Dans la neurasthénie, comme dans la paralysie, on a des spasmes émotifs des muscles de la face, se produisant surtout au moment où les malades vont pleurer sous l'influence d'une idée attendrissante; mais le spasme simple se distingue du spasme paralytique en ce que son caractère principal est d'être général (Taty et Belous); ce dernier, au contraire, n'occupe qu'une partie des muscles de la physionomie (yeux, bouche), ou même qu'un seul côté; il en résulte une expression mimique curieuse, le plus souvent niaise.

Les paralysies motrices localisées, pour Ziemsen comme pour la plupart des auteurs, ne font pas partie du tableau clinique de la neurasthénie pure, tandis qu'on peut les rencontrer parfois au début de la paralysie; pourtant Beard et Bouveret prétendent avoir constaté des parésies et même de vraies paralysies motrices.

L'asthénie musculaire, qui peut être aussi marquée dans les deux affections, peut déterminer des troubles statiques à peu près identiques, mais on ne trouve pas dans la neurasthénie (Fournier) les phénomènes ataxiques de la paralysie, qui, d'ailleurs, à la période de début, même dans les

formes spinales, sont parfois très atténués, ou même absents.

Troubles oculaires. — Ils méritent de nous arrêter longtemps, à cause de l'importance que l'on s'accorde à leur attribuer pour le diagnostic de la méningo-encéphalite.

De tous les troubles iriens, le plus précoce et le plus constant, paraît être l'inégalité pupillaire 80 %. Lucas Championnière cite l'exemple d'un malade du service de M. Joffroy, considéré comme mélancolique, mais présentant de l'inégalité pupillaire; lorsqu'il le vit pour la première fois, M. le professeur Joffroy fit des réserves qui ne se justifèrent que plusieurs mois après par la confirmation de la paralysie générale.

Nous avons voulu citer ce fait pour mettre bien en relief l'importance de ce symptôme, mais nous n'oublierons pas qu'il n'a rien de pathognomonique, et Christian, en 1884, mettait déjà en garde contre la tendance funeste que l'on avait parfois à fonder le diagnostic de la paralysie générale sur sa simple constatation. Pelizæus insiste sur ce fait, et dit que « l'on doit rejeter l'opinion qu'une différence pupillaire notable constitue toujours un signe de maladie organique ». C'est qu'en effet cette inégalité pupillaire se rencontre en particulier dans la maladie qui nous occupe : la neurasthénie commune; de nombreux auteurs le constatent : « Beard, Levillain, Magnan et Sérieux, Bouveret, Cappelletti, Oppenheim, etc. Pour distinguer les deux inégalités de la neurasthénie et de la paralysie générale, tous les auteurs donnent le caractère transitoire et à répétition de la première : « En règle générale (Dutil), l'inégalité permanente... doit exclure l'idée de névrosé et faire croire plutôt à l'existence d'une lésion organique; » chez les malades atteints de neurasthénie commune, de temps en temps on voit une petite différence dans le diamètre des pupilles; » « l'inégalité est légère et de courte durée. » Beard, Levillain, etc. Cependant, « l'inégalité pupillaire prolongée se rencontre dans la neurasthénie, mais si rarement, qu'il faut se méfier surtout si

on a de la syphilis ». (Löwenfeld). Et que penser de ces cas cités par Hirt, dans lesquels « on a vu disparaître des inégalités pupillaires qui duraient depuis huit ou dix mois et les malades guérir ? »

La mydriase ou le myosis peuvent se rencontrer dans les deux affections indifféremment, quoique la mydriase paraisse être plus connue dans la neurasthénie et le myosis peu fréquent dans la paralysie ; mais comme pour l'inégalité, les auteurs font ressortir leur variabilité.

« On a souvent de la dilatation, mais souvent également resserrement pupillaire ; il est assez facile d'observer des changements périodiques survenant dans l'espace d'un jour ou de quelques heures. » (Cappelletti) Beard, signale aussi « les alternatives brusques de resserrement et de dilatation ».

L'altération du réflexe lumineux dans la paralysie générale, même au début, a été mise en relief par de nombreux observateurs : Hutchinson, Ballet, Parinaud, Joffroy, Marandon de Montyel, etc. ; il est paresseux ou aboli, il en est de même pour le réflexe à l'accommodation qui est pourtant plus tardivement atteint.

Le malade peut arriver à présenter une ophtalmoplégie interne, absolue, mais alors la paralysie n'est plus à la période de début, elle est en pleine évolution ; dans la neurasthénie, les troubles des réflexes pupillaires n'atteignent pas ce degré, mais on observe souvent des pupilles paresseuses à la lumière (Beard). Ici, encore, les auteurs invoquent la mobilité de ce symptôme dans la neurasthénie.

En résumé, on peut dire, avec Levillain, que les troubles pupillaires des neurasthéniques sont « transitoires, métastatiques ou récurrents », les mêmes troubles chez les paralytiques sont permanents ; rappelons-nous pourtant qu'on a cité des cas (Hirt) de très longue durée d'inégalité pupillaire dans la neurasthénie, et d'autre part qu'au début de la paralysie générale, les phénomènes morbides iriens ne sont pas absolument invariables, peuvent en particulier s'atténuer dans les rémissions qui sont fréquentes à cette période de la mala-

die, et qu'on a vu quelquefois (Joffroy) le réflexe lumineux auparavant aboli, réapparaître.

Krafft-Ebing attache une grande importance pour le diagnostic à l'examen du champ visuel. Rétréci chez un grand nombre de paralytiques, il serait normal chez les neurasthéniques; son assistant, le docteur Kornfeld, donne les mêmes conclusions et il prétend n'avoir jamais trouvé de lésions ophtalmoscopiques permettant d'expliquer la dyschromatopsie parfois si évidente chez le paralytique, qu'il ne reste que la vision centrale. Cependant, Joffroy, qui a examiné un grand nombre de malades a toujours trouvé en dehors des cas où des lésions papillaires pouvaient entraîner une modification, un champ visuel normal; d'autre part, quoique ce phénomène soit exceptionnel et transitoire, le rétrécissement du champ visuel a été signalé dans la neurasthénie par Pitres, Wesphal, Charcot.

Les lésions du fond de l'œil signalées chez les paralytiques, sont relativement rares. Ballet, sur trente-sept cas, ne signale aucune lésion. Joffroy ne note des lésions que vingt-sept fois sur deux cent dix-sept observations; de plus, elles existent surtout lorsque le tabès est associé et ne sont pas particulièrement précoces.

Les paralysies même fugaces de la musculature extérieure de l'œil et se traduisant par du strabisme, du ptosis, de la diplopie, relativement assez fréquentes dans les années qui précèdent la paralysie générale (Christian, Löwenfeld, Régis) ne cadrent guère avec la neurasthénie.

Troubles des réflexes. — L'étude des réflexes tendineux et cutanés montre qu'ils sont altérés dans les deux maladies. Mais les opinions les plus diverses ont été émises pour déterminer surtout dans la paralysie leur mode d'altération le plus constant, Krœpelin dit que les réflexes tendineux sont tantôt fortement augmentés... tantôt fortement diminués ou abolis... ou variables d'intensité, ou différents des deux côtés; « Bianchi indique toutes les modifications possibles que peut présenter le patellaire, mais n'en indique aucune

comme plus habituelle. La tendance actuelle (Renaud, Marandon, de Montyel, Régis), est de croire qu'à la période initiale la modification « a pour formule habituelle, l'exagération des réflexes tendineux et la diminution des réflexes cutanés.

Dans la neurasthénie, pour Cappelletti, les réflexes n'ont pas une importance considérable... parmi les tendineux, le patellaire peut être normal ou même aboli, ou simplement diminué, ou exagéré. « Oppenheim affirme que dans cette maladie les tendineux ne sont pas toujours exagérés, mais seulement le plus souvent ». Et de même Strumpell et Bianchi. Il est évident qu'on ne saurait opposer, comme le font Löwenfeld et Krafft-Ebing, l'abolition du réflexe du genou dans la paralysie à l'exagération du même réflexe dans la neurasthénie. Il est plus exact de dire que dans l'un comme dans l'autre cas, ils peuvent présenter toutes les modifications possibles.

Troubles de la parole. — Les troubles de la parole sont capitaux pour le diagnostic de la paralysie générale. Lorsque la dysarthrie est bien nette avec ses caractères d'ataxie, de trémulation, ou bien de spasmodicité et de parésie ; lorsqu'il y a de « l'achoppement syllabique » (Kusmaul), des accrocs, la seule constatation de ce phénomène suffit parfois à faire porter avec une certitude assez grande le diagnostic de méningo-encéphalite, mais quoique ce symptôme soit un des plus constants et un des plus précoces, il arrive que dans la période prodromique, il soit à peine marqué et ne consiste qu'en « une certaine hésitation de la parole, surtout apparente après les repas » (Régis) ; or, Krœpelin constate que dans la neurasthénie, les malades se plaignent de la difficulté de parler, d'un léger balbutiement ; et comment distinguer dans les cas légers si ces troubles sont dus à la contraction spasmodique des masses musculaires linguales et non à un état aphasique ou à des désordres de coordination ? D'ailleurs, ces désordres paraissent exister également chez les neurasthéniques. Oppenheim dit : « Qu'ils changent ou confondent un mot et omettent ou transposent dans le langage ou

dans l'écriture, une lettre ou une syllabe » ; et Krafft-Ebing prétend avoir vu des cas de neurasthénie simple avec des accès d'aphasie ; on peut donc observer dans la neurasthénie des troubles dysphasiques et dysarthriques analogues à ceux de la maladie de Bayle.

Troubles de l'écriture. — Que dirons-nous des troubles de l'écriture ? Les troubles psychographiques ne sont que la conséquence de l'état mental et l'état de la mémoire du sujet et les perturbations calligraphiques dépendent de l'intensité des troubles moteurs : or, nous avons vu que les phénomènes morbides de la motilité peuvent être identiques au début de la paralysie à ceux de la neurasthénie ; s'il existe des troubles psychographiques, ils ne seront que la traduction de l'état mental et par eux-mêmes ne feront que renforcer les données déjà fournies par celui-ci. Les troubles du langage écrit n'ont donc aucune valeur diagnostique intrinsèque.

Insomnie. — Passons encore en revue quelques symptômes particuliers : L'insomnie est habituelle chez les deux ordres de malades ; les auteurs en donnent des tableaux un peu différents dans les deux cas. Dutil décrit ainsi l'insomnie du neurasthénique : « Les malades qui en sont affectés s'endorment à grand'peine, puis après un assoupissement de durée variable, ils s'éveillent dans un état d'excitation ou d'anxiété qui, longtemps, s'oppose à la reprise du sommeil. Ils se retournent dans leur lit, l'esprit harcelé par un défilé rapide d'images, d'idées et de souvenirs vite associés et qu'il leur est impossible de réfréner ». Régis dépeint l'insomnie du paralytique à la période d'incubation : « Le sommeil est souvent mauvais, pénible, coupé de cauchemars, de crampes, de soubresauts, parfois de convulsions, de sueurs abondantes, générales ou locales, et s'accompagne dans beaucoup de cas, dès ce moment, d'une respiration difficile, saccadée, avec des pauses, des temps d'arrêt, suivis de secousses brusques et d'expirations plaintives ». Il semble résulter de ces descriptions détaillées, que l'insomnie du neurasthénique est due surtout à des phénomènes d'ordre psychique et celle du para-

lytique à des phénomènes d'ordre physique. En tout cas, même si cela est rigoureusement exact, cela ne pourrait être qu'une distinction de peu d'importance pour résoudre le grave problème qui nous occupe, car des causes multiples et variables (alimentation, état d'esprit, état des diverses fonctions), peuvent sans doute (quoique Krafft-Ebing prétende le contraire), modifier d'un jour à l'autre chez les paralytiques comme chez les neurasthéniques, les caractères de l'insomnie elle-même. Krafft-Ebing donne aussi comme caractère différentiel, le fait de la somnolence des paralytiques qui s'endorment parfois au milieu de leur travail ; mais cette somnolence se retrouve aussi, à n'en pas douter, chez le neurasthénique déprimé, affaibli, surtout s'il présente des troubles digestifs, tels que la lenteur de la digestion.

Troubles des fonctions organiques. — Du côté des fonctions organiques, les troubles multiples que l'on peut observer dans la neurasthénie sont trop connus pour qu'il nous soit utile de les signaler. De la phase prodromique préparalytique on observe plus ou moins souvent : des palpitations (Bouveret, Régis, etc.), douleurs, vomissements gastriques, crises de constipation et de diarrhée, même de l'entérite muco-membraneuse que l'on observe si souvent dans la neurasthénie, des modifications dans la quantité ou dans la qualité de l'urine, de la dyshydrose, etc., en un mot, tous phénomènes que l'on peut ranger parmi les signes possibles de neurasthénie. Krafft-Ebing a voulu trouver des signes de différenciation dans l'examen des phénomènes fonctionnels ou des troubles fonctionnels des deux catégories de malades (Température, pouls, poids, miction). Ses conclusions sont beaucoup trop absolues, car ces phénomènes n'offrent aucun caractère fixe ni dans la neurasthénie, ni dans la paralysie même confirmée.

Troubles génitaux. — Pourtant, il est des troubles fonctionnels sur lesquels les auteurs ont particulièrement insisté : je veux parler des troubles génitaux.

Dans la neurasthénie, en dehors de la neurasthénie géné-

tale, on observe souvent des troubles génitaux d'intensité variable : habituellement, les malades perdent l'appétit sexuel (Dutil), et cela progressivement ; ils se plaignent de frigidité, d'impuissance relative, quelquefois de pollutions.

D'après plusieurs auteurs, et en particulier Krafft-Ebing, cet amoindrissement de la fonction génitale serait chez le neurasthénique d'origine purement psychique tandis que chez le paralytique, au début, elle serait la règle (Krafft-Ebing, Christian), elle existerait réellement. Pourtant, beaucoup d'auteurs (Marandon de Montyel, Bruas, Lalanne, Régis), sont d'avis et ont prouvé que les paralytiques au début conservent souvent leur facultés génésiques et même leur aptitude à la reproduction.

Ictus. — Enfin, les ictus apoplectiformes eux-mêmes, qui ont une grande valeur diagnostique, puisqu'ils peuvent précéder de près d'un an l'apparition de la paralysie générale, ne seraient pas cependant absolument étrangers à la neurasthénie puisque Krafft-Ebing a pu écrire qu'il a vu « des cas de neurasthénie simple avec des accès apoplectiformes ».

Ponction lombaire. — Dans ces dernières années, quelques auteurs ont voulu voir dans la lymphocytose le critérium pour le diagnostic des cas douteux de paralysie générale. Certains, comme Joffroy, voient là un signe très précoce : « la valeur diagnostique de la ponction lombaire, dit-il, augmente encore si au lieu de considérer les statistiques brutes des paralytiques généraux, on met pour ceux-ci le nombre des éléments blancs en face de l'âge de la maladie. En agissant ainsi, nous avons constaté que le nombre des éléments blancs est particulièrement élevé dans les premières périodes de l'évolution morbide, c'est-à-dire au moment où le diagnostic est le plus difficile. » Tous les auteurs reconnaissent actuellement l'importance de ce symptôme et Marquez (thèse de Bordeaux, 1906-1907), vient d'en faire ressortir la valeur pour le diagnostic de la forme maniaco-dépressive. La lymphocytose, cependant, n'est pas caractéristique de la paralysie générale, elle est simplement révélatrice d'une

inflammation méningée et, à ce titre, on peut la rencontrer dans le tabès, dans la méningo-myélite syphilitique, dans certaines méningites alcooliques (Duffos, 1901), « dans les méningites survenant au cours des infections de nature diverses, de la tuberculose, de la sclérose en plaques, du typhus, de la variole, de l'érysipèle, etc., bien qu'elle manque dans la syphilis à la période tertiaire tant qu'il n'y a pas d'altérations des centres nerveux (Merzbacher.) » La valeur de ce signe n'est donc pas absolue.

La neurasthénie simple ne saurait, par elle-même, occasionner de la lymphocytose et l'on comprend que celle-ci puisse être d'un grand secours pour différencier cette affection de la paralysie générale; nous rappellerons simplement pour mémoire que Sicard (1902), rapporte le cas de deux malades ponctionnés à l'Hôtel-Dieu, où ils arrivaient avec le diagnostic de neurasthénie bien établie. La ponction révéla une lymphocytose nette; on suivit les malades et chez tous deux le diagnostic de paralysie générale, qu'on n'aurait osé affirmer avant l'examen cytologique, se confirma dans la suite.

Mais si l'on suppose que l'on se trouve en présence d'une neurasthénie de la convalescence d'une de ces maladies infectieuses susceptibles de donner de la lymphocytose (et ces neurasthénies sont très fréquentes), on verra que dans un tel cas la ponction lombaire ne sera d'aucun secours.

Bien plus, on a cité des cas de paralysie confirmée où l'examen du liquide céphalo-rachidien se montra dépourvu de lymphocytes: Achard et Grenet, entre autres (1903), ont cité une paralysie générale (confirmée plus tard par l'autopsie) sans lymphocytose: on avait pratiqué deux ponctions à quinze jours d'intervalle; quelques autres cas analogues, rares, il est vrai, existent dans la science (voir thèse Maillard). Ces quelques remarques suffisent pour nous permettre de conclure avec M. le Professeur Régis: « Que si le cytodagnostic peut donner de grandes probabilités, il ne fournit pas cependant la certitude absolue ».

Réaction des anticorps. — Enfin, tout récemment (juin 1907), Marie et Levaditi ont publié, dans le *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, les résultats de leurs recherches pour appliquer au diagnostic précoce de la paralysie générale la réaction des anticorps, dérivés du spirochète pallide de Schaudin-Hoffmann. « La question est de savoir, concluent-ils, si la méthode appliquée par Wassermann et Plaut peut servir à faciliter le diagnostic de la paralysie générale dans le cas où la clinique n'a pas à sa disposition des données suffisantes pour affirmer avec certitude ce diagnostic? »

« Notre étude nous autorise à répondre négativement à cette question. En effet, nous venons de voir que précisément lorsque le clinicien se trouve embarrassé pour formuler un diagnostic sûr, la méthode des anticorps donne des résultats négatifs ou peu certains et ce n'est que dans la paralysie générale confirmée que ces résultats deviennent franchement affirmatifs. »

» D'ailleurs, quand même la recherche des anticorps dans le liquide cérébro-spinal donnerait des indications pouvant guider le clinicien dans des circonstances embarrassantes, elle ne saurait encore servir couramment dans la pratique journalière. Le maniement de la méthode est des plus délicats et exige un certain nombre de dosages préliminaires des plus minutieux. »

Donc, ces recherches n'apportent aucun élément de plus au problème.

De cette comparaison rapide des phénomènes physiques morbides du neurasthénique simple et du neurasthénique préparalytique, quelles conclusions pouvons-nous dégager?

Il en est deux tout d'abord qui s'imposent immédiatement à l'esprit :

1^o Dans la période prodromique à forme neurasthénique de la paralysie générale, peuvent se rencontrer presque tous, pour ne pas dire tous, les signes de la neurasthénie simple ; si l'on se rappelle qu'il en est de même pour les phénomènes

psychiques, on est forcé de conclure que la neurasthénie préparalytique peut se présenter sous les apparences d'un état vraiment neurasthénique et non seulement neurasthéniforme;

2° On n'a aucun signe physique vraiment caractéristique de la paralysie ou de la neurasthénie du moins à cette période de la maladie; certains symptômes sont des plus précieux, tels que les ictus, l'inégalité prolongée des pupilles, les troubles assez accentués du langage, mais aucun de ces phénomènes n'est pathognomonique et la constatation isolée d'un seul d'entre eux n'aura pas une valeur décisive; la ponction lombaire elle-même sera incapable, dans certains cas, de fournir la certitude; ils peuvent manquer tous à la fois. Restent les nuances pour différencier les signes restants;

3° L'étude attentive du parallèle montre bien vite la difficulté de la constatation de caractères vraiment différentiels pour un même symptôme chez le neurasthénique et chez le paralytique, puisque pour plusieurs d'entre eux les meilleurs auteurs ne sont pas d'accord sur les caractères qu'ils revêtent dans les deux maladies.

L'examen des signes somatiques nous amène donc à répéter les conclusions qui découlent de l'examen des signes psychiques : 1° Dans certains cas on pourra, grâce à un ensemble de signes appartenant assez nettement à la paralysie générale ou bien grâce à un ensemble de nuances que l'on a reconnu appartenir plutôt à une affection qu'à l'autre, arriver à poser un diagnostic exact; 2° chez d'autres malades, les signes de différenciation seront trop effacés ou même absents et il sera impossible de formuler un diagnostic certain.

Dans ces derniers cas, qui « ne semblent être que l'expression pure et simple de la maladie de Beard » (Beni-Barde), le simple examen symptomatique sera impuissant à faire reconnaître la méningo-encéphalite; mais le clinicien sera-t-il désarmé, ne pourra-t-il trouver dans une autre voie les données qui lui manquent ?

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

On peut donc se trouver en présence de malades dont l'examen de l'ensemble des troubles psychiques et somatiques ne permettra pas d'asseoir le diagnostic sur une base quelque peu solide. Dans ces cas, l'évolution de la maladie apportera certainement, tôt ou tard, quelque éclaircissement ; mais cette lumière, nous le savons, peut rester longtemps, des mois et des années à se produire ; lorsqu'elle se manifestera, il sera souvent trop tard pour intervenir utilement et l'affection en pleine évolution restera rebelle à toute action médicatrice ; aussi le clinicien, pour le plus grand intérêt du malade, doit-il mettre tout en œuvre pour dépister le plus rapidement possible la nature exacte de la maladie ; et, puisque la symptomatologie refuse de lui livrer ce secret, il portera son attention sur les anamnestiques du malade et cherchera un fil conducteur dans les conditions étiologiques au milieu desquelles est survenue l'état neurasthénique de nature si mystérieuse.

Souvent, l'anamnèse et l'étiologie viennent puissamment au secours de la symptomatologie pour le diagnostic d'une maladie. Pour ne pas sortir du domaine de la paralysie générale, citons simplement ces cas d'alcoolisme subaigu tels que nous avons pu en voir dans le service de M. le Professeur Régis, qui se manifestent par un tableau symptomatique reproduisant de tous points celui de la maladie de Bayle :

Tremblements, troubles oculaires, paralysies localisées, bredouillement inintelligible de la parole, troubles des réflexes, de la sensibilité, dysmnésie, idées délirantes, déchéance intellectuelle apparente, facies béat ou hébété, etc., tout y est ou peut y être. Le syndrome paralytique est tellement complet que le seul examen à faire en face de ces symptômes est celui de paralysie générale ; mais si on a la notion étiologique de l'alcoolisme du sujet, on comprendra aussitôt qu'un appoint toxique, même léger, a pu produire, dans un organisme déjà saturé d'alcool, une sursaturation qui a déchaîné tous ces troubles, et on portera le diagnostic d'alcoolisme et un pronostic favorable qui sera vérifié par l'évolution rapidement régressive des accidents.

Examinons donc si nous ne pouvons pas tirer quelque profit pour notre diagnostic de l'étude des anamnestiques et de l'étiologie.

Dans le tableau parallèle suivant, emprunté à Pétrazzani, sont résumés et placés en regard les uns des autres les principaux facteurs étiologiques de la neurasthénie et de la paralysie générale ; ces deux tableaux étiologiques, édifiés par l'« inconsciente collaboration des auteurs les plus récents, les plus divers et les plus compétents, ne sont qu'une fidèle mosaïque de leurs citations rapportées « ad litteram » ; nous n'avons fait qu'ajouter le nom des principaux auteurs visés par Pétrazzani en regard de leurs opinions.

Neurasthénie.

Un facteur étiologique très important est l'hérédité (Cappeletti, Tanzi, Bianchi). Elle est un peu plus fréquente chez l'homme (Oppenheim, Cappelletti).

Elle apparaît de préférence entre vingt et cinquante ans sans cependant être bien rare dans l'enfance ou dans l'adolescence ou dans la vieillesse (Cappelletti, Oppenheim).

Paralysie progressive.

Un facteur étiologique très important est l'hérédité (Bianchi, Rogues de Fursac, Schüle, Krœpelin) ; elle est sans comparaison plus fréquente chez l'homme (Tanzi, Régis, Oppenheim, Krœpelin).

Elle s'observe le plus souvent entre trente et cinquante ans, mais se présente, quoique très rarement, dans l'adolescence et jusque dans l'enfance ; elle est aussi très rare au-delà de cet âge (Tanzi, Régis, Krafft Ebing, Oppenheim, Krœpelin).

Neurasthénie.

L'agitation de l'existence moderne, l'excès de labeur intellectuel réuni aux violentes excitations émotives, les préoccupations, le sentiment d'une lourde responsabilité, l'anxiété, la vie trop précipitée et dérégulée, le travail, les désirs, les difficultés de plus en plus grandissantes, l'inassouvissement de jouissances, les excès sexuels et alcooliques, le manque de repos et de sommeil amènent très fréquemment la neurasthénie, principalement chez les habitants des grandes villes où la civilisation est plus avancée. Parmi les nations les plus atteintes, sont l'Amérique du Nord, la France, la Russie et la race hébraïque; elle s'attaque de préférence aux hommes politiques, aux artistes, aux officiers, aux surveillants, aux employés du chemin de fer et des postes.

Elle frappe sans aucune différence de sexe les individus les plus intelligents, les plus cultivés, les plus vifs (Cappelletti, Bianchi, Oppenheim, Krœpelin).

Les maladies nerveuses antérieures ont une importance étiologique considérable, les maladies infectieuses aussi parmi lesquelles parfois la syphilis, les intoxications saturnines, etc., même les intoxications d'origine intestinale, de même aussi l'arthritisme, l'insolation et les traumatismes (Cappelletti, Tanzi, Betcherew, Bianchi, Régis, Oppenheim, Krœpelin).

Paralyisie progressive.

L'agitation et la nervosité de l'existence, les excès de travail intellectuel, les émotions perpétuelles, l'activité effrénée et incessante dans les pensées et dans les actes, les responsabilités, les excitations, la lutte pour l'existence, les abus, les excès vénériens et alcooliques conduisent très fréquemment à la paralysie générale spécialement les habitants des grandes villes. Cette maladie indique en général le degré de civilisation. Pour cette raison, elle est rare chez les Arabes et les Abyssiniens bien que la syphilis soit chez eux très fréquente et très rare. Elle est surtout répandue dans la vieille Europe et dans l'Amérique du Nord et commence à se diffuser au Japon. Elle frappe surtout les hommes des classes sociales élevées et à professions absorbantes : les étudiants, les officiers, les commerçants, les surveillants, les employés des chemins de fer, les femmes publiques, exceptionnellement celles de la haute société et les religieuses (Bianchi, Régis, Oppenheim, Krœpelin).

Elle est causée surtout par la syphilis, puis viennent les intoxications chroniques, alcooliques, saturnines, etc., les maladies infectieuses par leur action toxique, les autointoxications, l'arthritisme, l'insolation et les traumatismes (Bianchi, Tanzi, Régis, etc.).

Afin de rendre ce tableau aussi complet que possible, nous signalerons deux lacunes qui, à notre point de vue, ont leur importance :

1° La paralysie générale n'aime pas à se greffer sur un terrain vésanique ou névropathique; ce fait a été signalé depuis déjà longtemps (1882) par Régis.

On a bien cité des cas d'associations de paralysie progressive avec les diverses névroses, la chorée, la neurasthénie, l'épilepsie (Toulouse et Marchand), Régis lui-même a noté des cas où la paralysie venait se surajouter à l'hystérie, mais ce sont là des faits exceptionnels et en règle générale on peut dire que la paralysie générale n'est pas une maladie de la famille vésanique et qu'elle ne germe pas en terrain névropathique (Magnan et Sérieux, Auchier, Carrière, Robert, Archansky, Pilez, Tschisch);

2° Il est un autre fait qui ne me paraît pas avoir été mis en relief dans ce parallèle; à savoir que la neurasthénie est souvent une maladie constitutionnelle qui agrippe l'individu dès la jeunesse, pendant laquelle elle le mine sourdement, se dissimulant durant de longues années pour n'éclater enfin au grand jour que vers l'âge de vingt-cinq à trente ans ou même plus tard.

Ces deux points bien établis, étudions le parallèle.

Une chose frappe tout d'abord : la ressemblance paraît être absolue entre les deux tableaux, les deux affections paraissent notamment être toutes deux d'origine toxique, c'est un point important; analysons cependant de plus près et établissons le bilan des différences étiologiques de la neurasthénie et de la paralysie générale.

La neurasthénie est souvent une maladie constitutionnelle.

La paralysie générale n'aime ni le terrain vésanique ni le terrain névropathique.

La syphilis a une grande importance comme cause étiologique de la paralysie générale, son importance est moindre comme cause étiologique de la neurasthénie.

La paralysie est plus rare chez la femme que chez l'homme.

La neurasthénie est très fréquente chez les religieux et les ecclésiastiques tandis que la paralysie générale est presque inconnue chez eux.

Etats neurasthéniques constitutionnels ou accidents. — Nous rapprocherons tout d'abord le fait que la neurasthénie est souvent une maladie constitutionnelle de celui que la paralysie générale n'aime pas le terrain névropathique. Donc, quand nous nous trouverons en présence d'un état neurasthénique typique avec des caractères bien dessinés que nous pourrons par un interrogatoire minutieux retrouver dans le passé et jusque dans la jeunesse du malade, nous aurons des chances très sérieuses pour n'avoir affaire qu'à une neurasthénie simple. Très souvent le malade ne sera qu'un nosophobique. Gross (d'Heidelberg) et Régis se sont attachés à montrer l'importance de cet élément de diagnostic et Régis (*Presse Médicale*, 1893) cite une lettre d'une dame de trente sept ans qui lui lui écrivait : « Je me suis imaginée aussi que j'avais un certain embarras de la langue (ce qui n'est pas); mais comme je suis hantée par l'idée que j'aurai une paralysie générale ou ramollissement du cerveau, et que j'ai observé que l'embarras de la parole est un symptôme de cette maladie, je me figure éprouver parfois une certaine gêne à m'exprimer; mais je me suis rendu compte que cela n'est produit que par la crainte de cette maladie, qui a frappé mon imagination ».

La constatation d'une neurasthénie, vraie, constitutionnelle, permettra donc d'éloigner, presque à coup sûr, l'hypothèse de la paralysie générale.

De même, si le sujet a eu, antérieurement à sa neurasthénie, une vésanie quelconque (manie, mélancolie, etc.), on pourra avec autant d'assurance écarter l'hypothèse de méningo-encéphalite chronique; « la folie peut être considérée comme une garantie contre la paralysie générale » (Magnan et Sérieux); on doit en excepter les cas cependant dans lesquels le malade aurait contracté la syphilis (Lalanne, Congrès 1900).

Le fait que la paralysie générale est très rare chez les ecclésiastiques (Caboureau, (1900), a montré qu'il n'existait que un paralytique général religieux sur 1.000 cas de paralysie

générale), et que la neurasthénie est particulièrement fréquente chez eux, montre que l'on aura de grandes chances de se trouver en face d'un état de neurasthénie vraie lorsqu'on aura affaire à un état neurasthénique chez un religieux et surtout chez une religieuse, puisqu'il est prouvé encore que la paralysie est plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Etats neurasthéniques infectieux et toxiques. — L'examen du parallèle montre que la neurasthénie comme la paralysie générale relève d'une infection ou d'une intoxication; on rencontre pourtant des cas de neurasthénie accidentelle ou l'examen le plus minutieux ne permet pas de retrouver une cause toxique ou infectieuse; donc, puisque la paralysie générale a toujours une cause toxique ou infectieuse (tous les auteurs l'admettent aujourd'hui), on pourra, dans ces cas, éloigner l'idée de la méningo-encéphalite diffuse chronique.

Le diagnostic commencera à être réellement difficile lorsque il faudra distinguer un état neurasthénique accidentel d'origine infectieuse d'une neurasthénie préparalytique. M. le Professeur Régis a insisté et nous devons le faire avec lui sur ce point limité du diagnostic.

1^o *Etats neurasthéniques des infections aiguës.* — Etudions d'abord les états neurasthéniques des infections aiguës.

Les maladies infectieuses aiguës peuvent donner lieu à des psychoses asthéniques, variétés diverses de la confusion mentale, mais tout particulièrement à des états de cérébrassthénie accompagnés du syndrome paralytique plus ou moins au complet. De ces maladies, la plus importante est la grippe, dont la convalescence est souvent traversée par un état profond d'asthénie physique et mentale généralement beaucoup plus long à disparaître que la maladie elle-même; de nombreux auteurs ont signalé des observations où le tableau clinique de la paralysie générale était reproduit au complet. « Mais, dit Régis, le syndrome paralytique dans la grippe, comme dans toutes les infections aiguës, n'est ni stable ni progressif; les symptômes somatiques mêmes, tels que la dysarthrie et l'inégalité pupillaire, varient d'une journée à

l'autre, voire la même journée, et le plus souvent de cet ensemble si menaçant il ne reste rien ou fort peu de chose au bout de quelques semaines. » On cite des cas fort rares (celui de Krypia-Kievicz et celui de C. Borie, de Cumberland) de progression des signes de la paralysie générale après l'influenza et suivis de mort. Ces deux faits, et quelques autres analogues, ne sauraient enlever une grande valeur à la proposition suivante : Dans les cas aigus, on fera le diagnostic de la neurasthénie paralytiforme par le caractère régressif et non progressif des signes paralytiques. En se basant sur les cas où la régression est incomplète, ou dans lesquels la paralysie générale se confirme, on peut supposer que la maladie de Bayle, suivant l'intensité ou la durée de l'intoxication, aboutit ou n'aboutit pas définitivement et alors on n'aurait pas à poser le diagnostic puisque l'état neurasthénique ferait lui-même partie intégrante de la paralysie générale.

Etats neurasthéniques des infections chroniques. — En ce qui concerne les infections chroniques, deux surtout sont à considérer à cause de leurs manifestations cérébrasthéniques fréquentes. Le paludisme et la syphilis.

Paludisme. — Le paludisme peut être une cause occasionnelle de neurasthénie cérébrale ; donc, si l'on se trouve dans un pays à paludisme, on doit songer, en présence d'un état neurasthénique, à la possibilité d'une neurasthénie d'origine paludéenne ; en fouillant les antécédents, on retrouvera sans peine les accès caractéristiques. Mais le paludisme peut être aussi la cause spécifique de la neurasthénie, qui n'est alors qu'une forme de paludisme larvé ; cette forme est très fréquente au Caucase (Triantaphyllidès, de Batoum). L'état névropathique peut varier depuis la simple apathie, le malaise psychique jusqu'à la neurasthénie typique confirmée. Dans ce cas, surtout si cette forme larvée est une manifestation primitive, le diagnostic peut être difficile. Au début, on pourra le baser sur l'atténuation ou la disparition et la réapparition périodique plus ou moins régulière de l'ensemble des accidents ou sur la périodicité de quelques uns d'entre eux : fris-

sons, battements, palpitations, crises d'agitation nocturnes, mal de tête, ou sur les altérations concomittantes malariques du côté du foie ou de la rate, mais le diagnostic ne pourrase poser bien sûrement que par la constatation des plasmodies dont la présence dans le sang est presque constante, ainsi que par les effets curatifs des injections de quinine à haute dose. Voilà, certes, de nombreux éléments pour différencier cette neurasthénie d'avec la neurasthénie préparalytique : lorsque l'on sera dans des pays à malaria, il suffira d'y songer.

Syphilis. — Le diagnostic de la neurasthénie syphilitique est au contraire des plus difficiles. Notre tableau nous montre que c'est précisément dans les cas où nous retrouverons dans les antécédents la syphilis, que l'état neurasthénique que nous aurons à diagnostiquer risquera le plus d'être préparalytique, puisque la syphilis est le facteur étiologique le plus important de la paralysie générale tandis qu'elle n'a pas une importance spéciale comme facteur étiologique de la neurasthénie. Mais c'est aussi pour ce motif que le diagnostic sera particulièrement délicat, puisque la neurasthénie syphilitique est aussi la plus proche de la méningo-encéphalite chronique.

Cette cérébrasthénie survient deux ou trois ans après l'accident primitif (Fournier croit en avoir observé des cas beaucoup plus tardifs et où la seule origine de la neurasthénie était la syphilis). Si ces états de neurasthénie surviennent en même temps que quelques accidents secundo-tertiaires ou tertiaires (iritis, exostose, gomme) leur diagnostic ne présente pas de grandes difficultés, mais si on a affaire à de vrais états de neurasthénie parasyphilitique sans aucune manifestation spécifique concomittante, le diagnostic est très épineux. Il se complique d'abord de ce fait qu'on devra différencier la neurasthénie syphilitique de sa proche voisine la syphilis cérébrale; la distinction se fera par les caractères particuliers de la céphalée (Fournier) qui est ici pénible, angoissante, force le malade à s'arrêter au milieu de ses occu-

pations, s'exaspère la nuit, ne persiste jamais des mois entiers sans se compliquer de quelque trouble moteur et qui offre des caractères opposés dans la neurasthénie syphilitique; la réaction des deux affections au traitement spécifique est aussi différente: la syphilis cérébrale y est fort sensible et la céphalée, tout particulièrement, peut être améliorée dès le premier jour; pour la neurasthénie cérébrale, au contraire: « La particularité la plus importante du traitement, dit Fournier, est l'insuccès absolu du traitement spécifique, de l'iode de potassium et du mercure, on n'obtient que de mauvais résultats, si massives que soient les doses, si prolongé que soit l'emploi ».

De telle sorte que pour le diagnostic de ces états neurasthéniques parasymphilitiques on n'aura même pas cette sorte de réactif des affections spécifiques: le traitement mercuriel!

Force est de chercher ailleurs.

Dans notre tableau étiologique, nous avons indiqué que l'apparition de la paralysie générale se fait entre trente et cinquante ans, ce fait est important, car il a été démontré que cette affection débute quatorze ans en moyenne après l'infection spécifique; comme celle-ci se constate en général entre dix-huit et trente ans, la paralysie générale apparaît donc d'habitude vers le moyen âge de la vie, principalement dans la décade qui va de trente-cinq à quarante-cinq ans; on devra donc suspecter tout particulièrement les cas de neurasthénie qui surviendront chez les syphilitiques un grand nombre d'années après leur infection spécifique, au moment même où le développement d'une paralysie générale paraîtrait logique.

Voilà déjà un point d'acquis; ce n'est pas tout, nous fouillerons plus minutieusement encore les anamnestiques, comme le fait M. Régis, et suivant que nous trouverons dans les antécédents personnels et héréditaires des malades des tares névropathiques (vésanies, nervosité, etc.) ou cérébrales (phénomènes congestifs, apoplectiques, arthritisme), nous en ferons des *nerveux* ou des *cérébraux*.

Chez les premiers, la vérole ne vient que renforcer la névropathie et ils ressemblent alors à de vulgaires neurasthéniques constitutionnels ; ils ont surtout la phobie de la paralysie générale. C'est grâce à cette notion anamnétique de la nervosité du sujet ou de ses ascendants que les signes indiqués par Ballet et Fournier acquerront une valeur qu'ils perdent en partie si on les applique à un cadre étiologique autre que celui qui leur convient. Ces principaux signes sont : la surabondance des symptômes subjectifs et l'absence des signes objectifs bien caractéristiques, absence de modifications pupillaires, tremblement purement émotif et peu durable, pas d'amnésie véritable ni de troubles réels de l'intelligence, pas de délires, pas de heurt de langage, pas d'hésitation de mots, etc.

Chez les cérébraux, la syphilis a déterminé une neurasthénie particulière, « plus cérébrale que nerveuse », s'accompagnant de troubles oculo-pupillaires, troubles de la parole, des réflexes, etc.

Dans des cas analogues, on ne doit pas, dit Régis, s'attarder à faire un diagnostic, mais se méfier de la paralysie générale : « Leur neurasthénie, pour moi, n'est plus une simple névrose mais bien le prélude, le premier terme de la paralysie générale ; c'est un pont jeté entre la syphilis, infection originaire et la méningo-encéphalite terminale ; c'est un état de transition, non fatal, mais critique entre les lésions purement fonctionnelles et les lésions organiques. » On pourrait donc admettre pour les infections chroniques telles que la syphilis comme pour les infections aiguës, des cas où l'intensité du processus toxique est d'emblée suffisante pour permettre une évolution progressive des symptômes vers la P. G. confirmée ; des cas où il est si faible que les symptômes ne font que s'exquisser et se traduire par un simple état d'épuisement cérébral temporaire et, enfin, d'autres cas où le processus, d'intensité moyenne, se traduit par un état neurasthénique stationnaire, mais qui pourrait à la longue, à la suite d'un nouvel appoint toxique ou infectieux, triompher de la résis-

tance de la cellule nerveuse et déterminer des lésions définitivement dégénératives ; on aurait, là, l'explication de ces cas à période prodromique si longue que l'on considère pendant des années comme des neurasthénies communes et qui, un beau jour, évoluent brusquement ou lentement vers la paralysie générale. Ces idées théoriques émises depuis déjà longtemps et en particulier par le professeur Régis en 1897, viennent d'être de nouveau soutenues par le Dr Petrazzani (1907).

Les données ne manquent donc pas pour le diagnostic de la neurasthénie et de la neurasthénie paralytique. Dans beaucoup de cas, le diagnostic pourra être posé avec assurance ; dans la majorité des cas, elles permettront sinon de diagnostiquer la nature paralytique des troubles neurasthéniques, mais tout au moins de prévoir leur évolution vers la paralysie générale. D'ailleurs, s'il est vrai, comme certains auteurs tendent à l'admettre aujourd'hui, que ces états neurasthéniques à symptômes spéciaux (parésie, ictus, inégalité pupillaire, etc.), plus cérébraux que nerveux, ne sont que des manifestations d'une paralysie générale atténuée, abortive, curable même, le diagnostic n'a plus sa raison d'être ; mais dans ce cas encore, la connaissance des caractères de différenciation que nous avons donnés sera des plus utiles, car elle permettra souvent de prévoir l'évolution ultérieure de l'état morbide.

Nous allons maintenant essayer d'appliquer à quelques observations les données diverses que nous avons recueillies au cours de cette étude, c'est-à-dire établir le diagnostic qu'elles comportent, en nous basant sur l'étude des symptômes et de l'étiologie.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(*In* thèse PÉRIDIER, Lyon 1904-05)

Ancien syphilitique, présente un état neurasthénique. Immobilité du masque. Indifférence morale. Egoïsme profond. Erreur de calcul. Ebauche du signe d'Argyll.

M. X..., trente-cinq ans, grand industriel des environs de Lyon, sans antécédents héréditaires ni personnels de quelque importance, en particulier pas de maladies infectieuses, pas d'alcoolisme ni d'autres causes d'intoxication.

Avoue avoir eu la syphilis vers sa vingtième année, et s'être toujours insuffisamment soigné.

Vient consulter, au début de 1904, pour « un état de neurasthénie » qui remonterait à six mois environ.

Il se plaint de ne plus pouvoir s'occuper de ses affaires; son associé, dit-il, lui a fait observer qu'il a fait des erreurs dans sa comptabilité.

Ce qui frappe au premier abord, chez ce prétendu neurasthénique, c'est l'immobilité du masque contrastant avec la grande mobilité de la physionomie qu'ont ordinairement les véritables neurasthéniques.

Le fond des pensées est triste, mais il s'y surajoute une grande indifférence morale et un égoïsme profond, sur lequel sa femme appelle particulièrement l'attention.

D'autre part, bien qu'il se plaigne de ne pouvoir s'occuper de ses

affaires, il n'attribue pas à ce trouble intellectuel toute l'importance qu'il mérite et se laisse très facilement persuader qu'il s'agit là d'un phénomène tout passager.

Il n'y a pas de troubles de la parole, ni de troubles de l'écriture, mais le malade commet des erreurs dans les opérations d'arithmétique les plus élémentaires. Il n'y a aucune espèce de délire : jamais de bouffées mégalomaniaques ou ambitieuses, le malade donne sur le chiffre de ses affaires des évaluations très vraisemblables, il n'a commis aucun acte délictueux ni même fait aucune spéculation hasardeuse.

Il existe un très léger tremblement des doigts, ce tremblement est bien mis en évidence par l'attitude du salut.

Pas d'inégalité pupillaire, mais un peu d'ébauche du signe d'Argyll Robertson.

Exagération nette des réflexes rotuliens. Pas de troubles de la marche, les troubles de la mémoire sont évidents.

On a eu des nouvelles de ce malade ; la diminution de l'intelligence paraît nette et le diagnostic de paralysie générale à forme dépressive paraît s'imposer.

OBSERVATION II

(In thèse PÉRIDIER, Lyon 1904)

Syphilis ancienne très probable. Modifications du caractère qui devient triste.

Ictus avec troubles moteurs passagers suivi de dépression morale et psychique. Conservation de la conscience. Style décousu et puéril. Inégalité pupillaire ; ébauche d'Argyll. Exagérations des rotuliens. Anosmie légère et troubles de la dégustation. Evaluation ultérieure de paralysie générale.

M. X..., trente-trois ans, médecin de campagne. Père âgé de soixante-dix ans, artério-scléreux ; mère, soixante ans, bien portante ; une sœur, en très bonne santé.

Le malade, d'une intelligence brillante, a toujours été nerveux et de caractère gai et enjoué ; pas de maladies graves dans l'enfance.

Vers vingt-trois ans, il contracte un accident primitif qui passe presque inaperçu ; cet accident, en effet, a été insignifiant, puisque de deux spécialistes très autorisés consultés à cette époque, l'un déclara

qu'il s'agissait d'herpès génital, l'autre n'affirma pas la syphilis, inclina cependant pour ce diagnostic, mais déclara l'affection peu grave; aussi, après avoir pris dans l'espace de trois mois une soixantaine de pilules de Dupuytren, le malade se crut-il complètement guéri; aucun accident cutané ni autre ne vint d'ailleurs le troubler dans sa quiétude.

Il se livra avec ardeur à un métier pénible demandant beaucoup de fatigue et de travail intellectuel, consacrant ses soirées à l'étude et à la lecture et ne prenant jamais de repos complet.

Vers le printemps de 1898, soit dix ans après l'accident initial, ce malade remarque quelques troubles dans sa santé, de temps en temps des céphalées, puis des vertiges, un peu de diminution de la mémoire, une diminution nette de la puissance sexuelle.

En même temps, ses amis remarquèrent qu'il changeait de caractère, qu'il était habituellement sombre et préoccupé, lui qui était ordinairement exubérant et communicatif.

En juillet 1898, le tableau change brusquement, le malade a un petit ictus avec perte de connaissance incomplète, à la suite duquel il perd momentanément l'usage de la parole et celui des membres du côté droit; rapidement, en quelques jours, les troubles moteurs s'effacent, les troubles de la parole sont également très passagers, mais depuis lors, le malade a parfois un peu de paraphasie et même de jargonaphasie, il emploie un mot pour un autre et forge des néologismes.

Ce qui frappe dans son état, c'est une dépression psychique et morale, en même temps qu'une grande clairvoyance sur son propre état, il insiste lui-même sur ses troubles de la mémoire, sur son incapacité au travail; il nous pose anxieusement la question de savoir s'il n'est pas atteint de paralysie générale au début, et cette préoccupation constante augmente sa tristesse.

Toutefois, malgré cette tristesse, il est évident qu'il n'accorde pas à ce diagnostic, qu'en somme il a fait spontanément, toute son importance et il s'en laisse volontiers détourner par des arguments de bien faible portée.

A cette époque, le diagnostic entre un symptôme neurasthénique et un début de paralysie générale est très difficile, car la diminution de l'intelligence est très délicate à mettre en évidence; la persistance remarquable de la conscience empêche à première vue de se prononcer pour ce dernier diagnostic.

Il n'y a aucun tremblement des mains, pas de troubles de la parole autres que ceux qui ont été notés ci-dessus, c'est-à-dire qu'il n'existe pas de bredouillement, d'annonnement ni d'achoppement des syllables, pas de tremblement des lèvres ni des zygomatiques. Les mots difficiles (artillerie, etc.) sont prononcés d'un seul jet, sans aucune hésitation ni reprise. Mais il y a un peu d'inégalité pupillaire avec ébauche d'Argyll Robertson, un peu d'exagération des réflexes rotuliens.

L'écriture n'est pas troublée, mais en la regardant attentivement, on s'aperçoit qu'il y a des lettres ou des syllables sautées, que les ratures sont fréquentes, que, d'autre part, les phrases s'enchevêtrent bizarrement et que l'auteur passe d'un sujet à un autre sans transition, ce qui donne un peu de décousu au style ; qu'en ce qui concerne le fond même de la pensée, ce style traduit à côté de préoccupations sérieuses et tristes sur son état de santé, des idées puériles qui contrastent avec l'intelligence antérieure et la haute culture intellectuelle générale et spéciale du sujet.

Un certain degré de démence, au sens psychiatrique moderne du mot est évident ; il ne s'agit donc pas de phénomènes néurasthéniques simples.

D'autre part, un examen approfondi pratiqué avec le Dr Leclercq révèle l'existence d'un léger degré d'anosmie et de quelques troubles de la gustation.

Pas de troubles de la sensibilité générale.

Des injections biiodurées sont faites en série ; une certaine amélioration fonctionnelle s'étant produite, le malade reprend courage et croit qu'il s'agit de simples accidents d'artérite cérébrale ; toutefois, les signes de lésion en foyer vont en s'atténuant, tandis que les signes de démence vont en progressant. La confusion mentale et l'incohérence font des progrès ; toute occupation intellectuelle est désormais impossible.

De temps à autre surviennent des crises d'excitation suivies de dépression extrême et d'un amoindrissement de l'intelligence.

La mémoire diminue de plus en plus, et bientôt surviennent des troubles de la personnalité ; le malade parle de lui-même à la troisième personne.

Pas de mégalomanie, pas d'idées de satisfaction, le caractère est généralement triste, le facies exprime l'oisiveté ou l'indifférence, mais jamais la gaité.

Le malade est interné et présente à plusieurs reprises quelques légers ictus qui laissent à leur suite une aggravation de l'état initial.

Au bout d'un an, le malade est un vrai dément et gâteux, immobilisé sur sa chaise, puis dans son lit.

Il continue trois ans encore à vivre d'une vie purement négative, puis succombe au dernier degré de la cachexie nerveuse, cinq ans après l'apparition des premiers symptômes de périencéphalite diffuse.

Dans ces deux observations, le diagnostic de paralysie générale nous paraît assez facile à établir.

Elles présentent tout d'abord certains traits communs et importants : dans les deux cas, l'état neurasthénique n'est pas constitutionnel et s'est montré à l'âge moyen de la vie, quinze ans après l'accident primitif syphilitique dans la première observation, dix ans après dans la deuxième ; ce fait est à retenir, car chez les syphilitiques, la paralysie générale apparaît quatorze ans en moyenne après le chancre (Régis) ; il est donc naturel de se méfier de cette maladie chaque fois que l'état neurasthénique se manifeste de longues années, dix à quinze ans après le chancre ; c'était le cas ici.

Chez le premier malade, l'affaiblissement de l'intelligence est net : il ne peut plus s'occuper de ses affaires, fait des erreurs de calcul d'autant plus grossières pour lui qu'il est un industriel et semble ne pas attacher une grande importance à ces troubles.

Des troubles affectifs un peu spéciaux sont aussi très accentués : ce sont l'indifférence morale et un égoïsme profond.

Chez le deuxième, les symptômes intellectuels sont bien dessinés : la conscience paraît intacte, cependant on signale des idées puériles émises dans un style décousu, et le fait de ne pas attacher d'importance au diagnostic possible de paralysie générale que le malade fait pourtant spontanément. Les troubles du caractère (tristesse, préoccupations) sont nets.

Les troubles physiques sont peu marqués ; dans le premier

cas, on relève seulement un très léger tremblement des doigts, un peu d'ébauche du signe d'Argyll et l'exagération des réflexes rotuliens.

Dans le deuxième, au contraire, les phénomènes physiques surabondent presque : on a de l'inégalité pupillaire avec ébauche d'Argyll, un peu d'exagération des réflexes rotuliens, de l'anosmie des troubles de la gustation et surtout un ictus avec paralysies temporaires.

Donc ces deux malades présentaient plusieurs symptômes physiques et psychiques souvent assez peu caractéristiques par eux-mêmes, mais qui par leur groupement et leur présence chez d'anciens syphilitiques, permettaient de prévoir assez facilement l'éclosion de la paralysie générale.

OBSERVATION III

(Publiée par le Professeur RÉGIS. *Presse Médicale*, 1897.)

Ancien syphilitique. Depuis une dizaine d'années éprouve une série d'accidents douloureux qui disparaissent sous l'influence d'une thérapeutique anodine. Etrangeté de certains de ses phénomènes morbides. Conservation de la conscience. Tremblement des membres supérieurs. Réflexes rotuliens exagérés. Inégalité pupillaire.

Au mois de novembre 1894, M. Chanteloube m'adresse un malade avec la note détaillée et très intéressante que voici :

Fernand B..., industriel, marié, quarante-six ans, intelligence médiocre. Père encore vivant bien portant. Mère, morte aujourd'hui, a toujours été « geignarde », se préoccupant de tout, se plaignant sans cesse. Tous les médecins qu'elle a consultés, il y a une quinzaine d'années ont répondu : c'est un état nerveux, il n'y a pas de lésion organique. De l'avis de l'entourage, mais de l'avis du père surtout, il ressort que l'état de B... est la reproduction fidèle de l'état de la mère. Un fils unique, arthritique, rhumatisant, atteint de lésion organique du cœur.

B... bien portant dans sa jeunesse, d'une vigueur au-dessus de sa

taille. Nie toute atteinte de syphilis. Depuis une dizaine d'années environ, se plaint d'une série d'accidents qui disparaissent par un traitement approprié : bouffées de chaleur à la tête, bouillonnement dans le crâne, bourdonnements d'oreille, dyspepsie flatulente, constipation. Il y a deux ans et il y a un an, douleur extrêmement violente, survenant brusquement, la nuit le plus souvent, partant de la région cervicale de la colonne vertébrale, s'irradiant vers les épaules et les bras, et déterminant des souffrances intolérables, de l'angoisse respiratoire, et disparaissant instantanément par des frictions avec une pommade légèrement mentholée.

« Depuis quelque temps, six mois ou un an, peut-être, surmené par ses occupations, il est devenu d'une humeur très difficile, se mettant pour un rien dans de grandes colères. Il y a un mois, il me fit appeler la nuit disant qu'il étouffait. Quand je lui demandai qu'elle était la cause de son étouffement, il m'indiqua le poids, une sensation de barre, de constriction siégeant au niveau de l'ombilic et au creux épigastrique. Le visage, très pâle, exprimait l'anxiété la plus grande, les extrémités étaient froides. Malgré ce tableau un peu terrifiant pour son entourage, je ne trouvai que du ballonnement abdominal, de la polypnée, et une très légère augmentation de fréquence et de force des battements du cœur. De ce jour date le début, non pas de la maladie, mais des accidents actuels.

« Les symptômes gastro-intestinaux ont donné la scène. Tour à tour j'ai noté : inappétence, langue sale ; après alimentation, douleur vive au creux de l'estomac et deux ou trois heures après, parfois, douleurs dans les intestins ; ventre très souvent ballonné dans sa totalité, constipation contrastant avec des envies fréquentes d'aller à la garde-robe sans ou presque sans résultat, préoccupation de ne pas satisfaire ce besoin ; sommeil suffisant comme durée, mais troublé assez souvent par des cauchemars ; signes de dépression cérébrale manifeste, oubli des mots, quelquefois se perd dans une phrase parce qu'un mot, même usuel, ne lui vient pas et qu'il oublie à la recherche de ce mot, le fil de son idée ; très préoccupé de son état, mais reprend espoir assez vite ; auto-observation constante ; ne m'écrit pas, mais vient souvent me trouver pour me communiquer quelque chose, et alors, régulièrement, oublie un des points qu'il tenait le plus à me signaler ; pas de phobie d'aucune sorte ; amyos-

thénie des plus manifestes (lassitude générale, courbature) ; tremblement des membres supérieurs à oscillation brèves, rapides, vibratoires ; les réflexes rotuliens m'ont paru exagérés des deux côtés ; impressionnabilité très grande vis-à-vis du froid ; douleurs à siège variable (thorax, épaules, jambes) ; faiblesse de la vue ; inégalité pupillaire à la lumière, plus lente à l'accommodation ; battements dans les oreilles.

« Le diagnostic de neurasthénie générale à forme gastro intestinale ne m'a pas paru douteux. Cependant l'inégalité pupillaire, bien que s'accompagnant du phénomène inverse à celui d'Argyll Robertson, m'a inquiété, mais l'absence de troubles psychiques, d'ânonnement, de douleurs de tête, m'a fait écarter l'idée de méningo encéphalite ou de tumeur cérébrale ».

Ce récit, émané d'un praticien distingué et qui a bien observé son malade, suivi par lui pendant des années, me paraît très instructif au point de vue de la question qui nous occupe. En présence des symptômes constatés par lui, notre confrère pouvait-il conclure autrement qu'il ne l'a fait et la seule inégalité pupillaire, sans signe d'Argyll-Robertson était-elle suffisante pour le conduire à autre chose qu'aux légères réserves qu'il indique ?

Quoiqu'il en soit, le malade, confié à nos soins et placé dans un établissement hydrothérapique où il avait fait un précédent séjour, ne tarda pas à manifester des signes plus accusés de paralysie générale et en particulier de l'embarras de la parole, des mouvements de dégustation et de mâchonnement, de la trémulation labiale en même temps que de la diminution de l'intelligence dont-il avait conscience et que même il s'exagérait. Mais les symptômes neurasthéniques persistaient et en particulier les symptômes gastriques. Je constatai pendant longtemps une dilatation stomacale considérable avec bruit de clapotement six heures après un petit repas, de la dyspepsie douloureuse aussitôt après l'alimentation, de la constipation, etc. Les réflexes rotuliens étaient toujours très exagérés, et les réflexes cutanés abolis.

En poussant à fond le malade au sujet de la syphilis, il finit par m'avouer qu'il l'avait eue à vingt ans à Marseille, qu'il avait suivi pendant plusieurs mois un traitement complet avec pilules, iodure, salsepareille, qu'il avait fait diverses cures à Luchon, une entre autres avant son mariage, « pour être bien propre, pour être bien sûr de ce qu'il fai-

sait », et qu'à ce moment le médecin qui l'avait examiné lui avait dit « qu'il pouvait y aller ». C'est encore un de ces faits sur lesquels j'ai tant insisté, et qui montrent combien la recherche de la syphilis dans la paralysie générale doit être faite avec insistance et ténacité pour aboutir à la vérité. Lorsqu'il s'agit surtout d'un diagnostic aussi délicat à poser que celui de paralysie générale ou de neurasthénie, on ne saurait attacher trop d'importance à la constatation de cet antécédent.

Le malade versa rapidement, à partir de ce moment, dans la paralysie générale; il présenta de l'excitation, du délire, et finalement on doit l'interner.

Contrairement aux précédentes, dans cette observation dominant des signes d'ordre plutôt neurasthénique, cependant leur multiplicité, leur variabilité, le caractère vraiment étrange de certains d'entre eux, tout cela réuni à l'inégalité pupillaire, aux notions d'une vérole vieille d'une quinzaine d'années lors de l'apparition des premiers phénomènes morbides et de l'arthritisme du sujet aurait peut-être pu faire prévoir l'évolution ultérieure de la périencéphalite.

OBSERVATION IV

(Citée par BALLET, in *Semaine médicale*, 1893.)

Etat neurasthénique à manifestations nerveuses, variables, multiples.
Bizarrerie du caractère. Evolution de paralysie générale au bout de trois ans.

Il s'agit d'une femme de forte et solide constitution chez laquelle l'enquête ne permet pas de retrouver d'antécédents syphilitiques certains; tombe vers l'âge de trente-sept ans dans un état de nervosisme contre lequel échouent tous les traitements employés; l'humeur devient irritable et quelque peu fantasque; elle se plaint par instants d'éblouissements et de vertiges, de troubles dyspeptiques, de douleurs névral-

giques vagues, tantôt à la face, tantôt à l'estomac, tantôt à l'utérus, plus rarement au niveau des membres. Sa santé, dont jusque-là elle n'avait eu cure, devient sa préoccupation dominante, elle court de cabinet de consultation en cabinet de consultation ; partout, le diagnostic est le même, on n'hésite pas à affirmer la neurasthénie.

La malade se soumet aux traitements hydrothérapiques les plus variés, fait des séjours dans les différentes stations balnéaires, tout cela sans utilité et sans profit.

Après plus de trois ans de cet état nerveux à manifestations variables et polymorphes, les bizarreries du caractère s'accroissant, elle est prise d'une activité folle, elle fait des acquisitions insensées, un violent accès d'agitation maniaque se déclare et tous les symptômes de la paralysie générale se déroulent, qui conduisent la malade à la mort après deux ans de séjour dans une maison de santé.

OBSERVATION V

(Citée par BALLET, in *Semaine médicale*, 1893.)

Syphilis ancienne. Manifestations douloureuses variables et diverses.

Evolution de la paralysie générale au bout de sept ans.

Il s'agit d'un homme de trente-neuf ans, docteur en médecine, ancien syphilitique, ayant toujours joui d'une parfaite santé jusqu'en 1886, vers le milieu de cette même année, il se plaint de névralgies à la tête, qui vont et viennent sans fixité de siège ou de temps. Les traitements employés, préparations de quinine et autres, ne semblent pas les modifier d'une façon manifeste, les douleurs disparaissent puis reviennent aussi variables dans leur marche que mobiles dans leur siège. Au commencement de 1887, elles se compliquent de vertiges, d'éblouissements ; dans le cours de cette même année, le caractère se modifie, devient particulièrement susceptible et très irritable. Peu après les digestions se montrent laborieuses et pénibles. En 1889, tous les symptômes persistent ; il s'y joint de loin en loin un sentiment général de faiblesse et de fatigue, une incertitude toute subjective de la marche qui fait que

dans la rue, le malade a peur de tomber. La tête est lourde par instants, il a de la céphalée survenant par intervalles, à la nuque et au front, ainsi qu'une tendance à la somnolence. Tous ces phénomènes s'accusent progressivement jusqu'au milieu de 1892. L'hydrothérapie qu'on emploie sous toutes ses formes, les calmants, bromures et autres, les reconstituants, les médicaments propres à stimuler la digestion sont prescrits sans succès. Les troubles presque permanents (au moins le jour car le sommeil a toujours été calme et profond), sont d'autant plus pénibles que le malade y prête attention: ils lui arrachent des plaintes et des larmes, mais on est surpris de voir quand X... est distrait et excité, l'expression de la souffrance et de la tristesse faire place à l'enjouement et à l'exubérance qui sont à la vérité dans le caractère normal du sujet.

Tenu pour un simple neurasthénique, X... est pendant près de sept ans traité comme tel, lorsqu'au milieu de 1892, l'inégalité pupillaire, l'embarras de la parole, l'extrême irritabilité du caractère, l'affaiblissement intellectuel et quelques idées délirantes viennent révéler l'existence d'une paralysie générale qui depuis a suivi son cours habituel.

OBSERVATION VI

(Dr Pet. PETRAZZANI, *in Neurastenia e Paralisi progressiva*, 1907.)

Traduction personnelle.

Viveur, ancien syphilitique. Quarante ans. Pendant cinq ans, on n'observe que des troubles neurasthéniques d'ordre surtout gastro-intestinaux. Ils sont variables. Au bout de cinq ans évolution de paralysie générale.

M. C..., riche propriétaire de la montagne, âgé de quarante ans, né d'un père alcoolique et issu d'une famille où l'on trouve quelques traces de nervosisme.

Depuis plusieurs années, il passait les hivers dans une grande ville où la joyeuse compagnie d'amis et d'amies ne lui déplaisait pas. Vers l'âge de vingt-trois ans, il contracta une syphilis qui fut bien traitée et sans trêve.

Mais, neuf ou dix ans après, vers 1900, il commença à souffrir d'une lassitude inaccoutumée et d'un malaise instable.

Peu après, à ces troubles s'ajoutèrent des perturbations fonctionnelles du côté de l'estomac et de l'intestin. Anorexie, douleur sourde, profonde, gravative à la région épigastrique avec irradiation au ventre et à l'hypocondre droit; sensation de gonflement à l'abdomen; alternatives de constipation et de diarrhée, puis douleurs de tête sans règle ni type fixe, mais plus forte à la nuque. Il a recours au conseil d'un médecin qui pose le diagnostic de « neurasthénie » et poursuit, ainsi que le précédent, la cure spécifique. Alors, périodes oscillantes d'amélioration et d'aggravation, somme toute, l'état s'aggravait. Les douleurs augmentaient; les préoccupations et la mélancolie croissaient, et les consultations répétées de médecin en médecin, parmi les plus connus de la ville, n'eurent pas de résultats différents, à commencer par le diagnostic, de celui déjà obtenu.

Je le vis en 1903, dans son pays. Il me raconta avec calme et avec soin son histoire. La mémoire est fidèle et minutieuse.

Lassitude douloureuse aux jambes. Douleurs en cercle à la tête, ou en plaques entre les deux épaules, ou erratives çà et là. A l'examen objectif on ne trouve de notable qu'un léger tremblement des mains et une grande exagération des réflexes surtout des rotuliens. Les pupilles sont intactes. Le foie et l'estomac, un peu douloureux. Le malade était pâle, émacié. Je conclus (ayant cependant devant les yeux, le fantôme de la paralysie progressive et celui d'une erreur de diagnostic) à une neurasthénie acquise. Pour moi, comme pour celui qui m'avait précédé, il me parut juste d'ordonner comme prescription les règles hygiéniques, les sels de Carlsbad, désinfectants intestinaux. Puis je le revis encore et en vain j'épiaï quelque signe suspect. Ni amélioration, ni aggravation. Il recourut, sur mon conseil, au meilleur clinicien d'Italie, qui confirma le diagnostic accoutumé et l'envoya aux eaux de Montecatini.

Deux ans après seulement, dans l'été de l'année 1905, je constatai un premier petit signe fonctionnel; les pupilles me parurent un peu paresseuses et cependant les fonctions psychiques étaient absolument normales. A partir de ce moment, le diagnostic nouveau fut vite confirmé... L'évolution ultérieure fut plutôt rapide et sans plus d'intérêt pour nous. M. C..., à l'heure actuelle, est un paralytique confirmé depuis plusieurs mois; il vit encore.

Nous avons cité ces trois observations en partie pour montrer que la longue durée de ces états neurasthéniques prodromiques de la paralysie générale est loin d'être une rareté, mais surtout pour montrer quelle peut être la difficulté du diagnostic. Ces malades ont été pris, la première pendant trois ans; le deuxième, pendant sept ans; le troisième, pendant cinq ans, pour de simples neurasthéniques. Chez la première, la paralysie s'est révélée nettement tout d'abord par une activité morbide, de l'excitation maniaque, des signes psychiques, en un mot; chez les deux autres, par des signes physiques: en premier lieu, par de l'inégalité pupillaire. Avant l'apparition de ces derniers phénomènes, le diagnostic était particulièrement difficile; dans ses deux observations pourtant, Ballet insiste sur la variabilité, le polymorphisme, la mobilité des manifestations névralgiques et nerveuses en général; dans sa deuxième observation, il insiste aussi sur la céphalée avec sensation de lourdeur, et survenant par intervalles. Dans l'observation de Petrazzani, la variabilité dans l'intensité des troubles neurasthéniques est aussi indiquée; dans la deuxième observation de Ballet, on a la notion d'une syphilis ancienne et dans celle de Petrazzani celle d'une syphilis remontant à dix ans. Ces signes paraissent revêtir ici une grande importance et sont les seuls qui pouvaient faire soupçonner le vrai diagnostic.

OBSERVATION VI (PERSONNELLE)

Cinquante-deux ans. Syphilis remontant à trois ans environ. Paludisme. Revers de fortune. Idées hypocondriaques et nosophobiques. Amnésie de fixation. Conservation intégrale de la conscience. Emotivité; conservation des sentiments affectifs; pas de troubles du sens moral. Troubles conscients du calcul. Hésitation légère de la parole. — Asthénie musculaire généralisée. Pas d'ataxie. Léger tremblement de la langue. Troubles des réflexes peu nets. Pas de troubles oculaires. Lymphocytose rachidienne abondante.

M. X..., cinquante-deux ans, liquoriste, entré à la clinique psychiatrique de l'hôpital Saint-André, le 11 juin 1907.

Antécédents héréditaires. — Dans les antécédents héréditaires, on trouve des traces nettes d'alcoolisme, chez le père, qui mourut à soixante-deux ans d'une gastrite.

La mère, actuellement âgée de quatre-vingt ans, est bien portante ; elle a toujours été très laborieuse et d'un caractère fort doux ; elle a eu cinq enfants et n'a jamais fait de fausses couches.

Le malade actuel est son troisième enfant ; le deuxième, âgé de cinquante-quatre ans a une maladie nerveuse mal déterminée ; le cinquième est mort tout jeune d'une affection vague. Les autres sont bien portants.

Aucun membre de la famille n'a été interné dans un asile d'aliénés.

Antécédents personnels. — Né à Z..., en 1855, X... se développe normalement ; rien de notable dans son adolescence, si ce n'est une grande difficulté à retenir ses leçons ; il quitte l'école après sa première communion, aide ses parents à la culture de la vigne et des champs et entre ensuite, à l'âge de dix-sept ans, en apprentissage chez un liquoriste. Durant son adolescence, il s'était toujours montré d'un caractère gai, enjoué ; mais un peu nerveux ; gâté par sa mère, le moindre bobo lui causait de grandes inquiétudes. Nous le retrouvons à vingt-deux ans, maître de chais et marié (il n'avait pas eu à faire son service militaire son frère étant sous les drapeaux lors de son tirage au sort). Sa femme ne fit jamais de fausses couches ; elle eut d'abord un garçon qui mourut à six mois, d'un épanchement au cerveau, puis trois ans après, une fille, qui vit encore. A trente ans, X... s'installe pour son propre compte en qualité de « liquoriste marchand de vin ». Ses affaires prospèrent, mais ambitieux, voulant arriver à la fortune, il veut aller la tenter à Madagascar. Il s'embarque avec sa famille, en août 1897. Il arrive à Tamatave, après soixante jours de traversée, sans autre incident qu'une indisposition de quatre jours que sa femme traita par du vin sucré. Il va s'installer à Tananarive comme liquoriste, et prend un associé grec. Il fit rapidement des affaires d'or, mais tout au début de son installation, le succès de son entreprise faillit être compromis par une première atteinte de paludisme, qui lui fit garder le lit durant quatre ou cinq jours. Dès lors, il devait avoir de petits accès de fièvre palustre tous les quinze jours environ ; il ne prenait de quinine que lorsqu'il

sentait l'approche du mal. Il n'a jamais eu d'accès délirant, ni d'accès pernicieux, ni de fièvre bileuse hématurique.

Plus tard, il contracta une dysenterie qui dura cinq semaines environ : il avait cinq ou six selles par jour seulement ; il n'a jamais souffert du foie.

En 1901, au cours d'un voyage en Europe, il est pris, dans la mer Rouge, de crises d'étouffements, que la quinine guérit en vingt-quatre heures. Il reste sur le continent quatorze mois, sans présenter aucun accès de fièvre. De retour à Madagascar, il contracte, en 1904, un chancre unique, témoignage malheureux de rapports furtifs avec une malgache. Ce chancre apparut quinze jours environ après le coït, le médecin le qualifia de mou et il s'accompagna d'un bubon dans la région inguinale gauche, qui fut incisé et suppura pendant plusieurs mois.

En 1905, il souffre à plusieurs reprises, dans l'espace d'un an, de rhumatisme polyarticulaire, dit-il, concurremment avec quelques accès de fièvre paludéenne. Un mois environ après sa première attaque rhumatismale, il eut une conjonctivite double, mais l'œil gauche surtout fut atteint ; presque immédiatement il eut, à ce même œil, une attaque de glaucome. C'est à ce moment seulement, c'est-à-dire un an après son chancre, qu'on lui parla de syphilis, et qu'on lui administra du sirop de Gibert ; vers la même époque, il aurait eu une éruption très discrète de petits points rouges sur les bras et sur la poitrine, éruption qui disparut rapidement ; il croit aussi se rappeler qu'en même temps, il avait à l'intérieur de la bouche, de petites taches blanches, comme s'il s'était brûlé, cela disparut rapidement avec l'aide du sirop de Gibert.

Ces diverses affections ne détournaient pas cependant le malade de ses affaires, qui prospéraient de plus en plus. Il était arrivé à gagner plusieurs centaines de mille francs (cela a été reconnu exact), lorsqu'un jour, son associé grec disparut, emportant avec lui la plus grande partie de l'agent gagné en commun (?)

Fortement éprouvé par ce gros revers de fortune, mais non abattu, il songea à s'installer comme planteur ; de nouveaux déboires ne lui permirent pas de mener ses projets à bonne fin, il se découragea et partit, en août 1906, pour l'île Maurice où il monta, avec un associé, une autre maison de spiritueux et de vins. Mais il n'avait plus sa belle énergie

d'autrefois; de plus, il tomba gravement malade presque dès son arrivée à Maurice et c'est ici que commence l'histoire de son affection actuelle.

Histoire de la maladie. — Le symptôme dominant de cette maladie était une céphalalgie intense, occupant tantôt les régions sus-orbitaire, frontale et temporo-malaire droites, tantôt les régions identiques du côté gauche; le reste de la tête était toujours respecté. La douleur était permanente ou presque, mais présentait des paroxysmes; c'était « une douleur dure », profonde, intra-cranienne, qui s'accompagnait d'hyperesthésie des plans superficiels. Cette céphalée le réveillait dans son sommeil, vers le milieu de la nuit et le forçait à se lever : alors il sortait de chez lui, marchant au grand air, le long des routes, durant toute la nuit et son plus grand soulagement était de plonger sa tête sous toutes les fontaines ou dans les ruisseaux qu'il rencontrait sur son passage; l'aurore ramenait un peu d'apaisement à sa souffrance et il rentrait pour essayer de travailler.

Mais ses forces l'abandonnaient de jour en jour, il en arriva à éprouver dans tous le corps une faiblesse extrême et devint incapable de tout effort; ses facultés intellectuelles s'affaiblissaient aussi, parallèlement à ses forces physiques; il ne pouvait plus fixer son attention, rassembler ses idées, rappeler ses souvenirs; peu à peu il se détacha de tout, se désintéressa de ses affaires et en vint à passer des journées entières sur une chaise, morne, abattu, le cerveau absolument vide de pensées et de désirs; en un mot, il était dans un état d'inertie psychique absolument complet; dès que le mal de tête lui donnait quelque répit, il s'endormait; sa somnolence et sa torpeur étaient telles qu'un jour, étant assis et soutenant un tuyau de caoutchouc destiné à traverser un tonneau de vin, il s'assoupit; à son réveil, il constata que la presque totalité du liquide s'était écoulée à terre.

De temps à autre il avait des vertiges, des palpitations, à certaines périodes de l'anorexie complète. Les quelques heures de sommeil qu'il goûtait dans la première partie de la nuit, étaient troublées par des rêves et des cauchemars, dont il a perdu le souvenir; il se rappelle pourtant avoir vu en rêve, deux ou trois fois seulement, un grand nombre de serpents de grosse taille, rampant autour de lui sans toutefois le toucher; il se précipitait sur eux et les massacrait à grands coups de bâton; leurs

corps, tranchés en plusieurs tronçons, continuaient à s'agiter furieusement à terre; un jour leur nombre était tel, dit-il, qu'il en extermina plus de 500. Ces rêves ont le caractère d'hallucinations oniriques; le malade n'avoue pas d'antécédents éthyliques; vers l'âge de vingt ans, il s'est enivré très rarement et avec du vin seulement, il affirme n'avoir pas bu dix absinthes dans sa vie ni fait un usage régulier d'alcool. Quoique liquoriste, il ne dégustait presque jamais ses liquides, son odorat lui suffisait pour apprécier leurs qualités; malgré tout, il est permis de supposer que les vapeurs d'alcool, auxquelles il était soumis régulièrement, ont apporté un petit appoint dans la production de ces troubles hallucinatoires.

Une ordonnance du 27 février 1907 montre qu'il a été traité à ce moment par l'iodure de potassium et le citrate de fer ammoniacal.

Le malade, pleinement conscient de sa déchéance physique et intellectuelle, reconnaissant que son état ne s'améliorait pas, retourna en France. Comme le bateau qui le ramenait arrivait en vue des côtes de Marseille (fin avril 1907), les maux de tête qui ne l'avaient pas quitté durant toute la traversée s'évanouirent soudain à sa joie et à son grand étonnement. Aussi débarqua-t-il avec une simple asthénie physique et cérébrale.

Il regagne Bordeaux, fait soigner son « anémie » : on lui ordonne du biiodure de mercure en potion et des granules de strychnine; il fait aussi soigner son œil gauche, qui le faisait souffrir; on lui prescrit un collyre à la pilocarpine. Mais ses ressources s'épuisant, il cherche à rentrer à l'hôpital et se rend à la consultation des maladies mentales de M. le professeur Régis, le mardi 4 juin. Après un premier examen, devant les symptômes qu'il présente, on hésite entre le diagnostic de neurasthénie d'origine palustre ou syphilitique et celui de neurasthénie préparalytique. Le malade rentre au service de la clinique psychiatrique le mercredi 11 juin.

Etat actuel (18 juin et suivants).

Examen physique. — A l'inspection, le malade paraît âgé d'une cinquantaine d'années, son aspect général est celui d'un homme de constitution robuste et peu amaigri, mais l'ensemble de son attitude et de sa physionomie révèle une certaine faiblesse; le corps est un peu

courbé en avant; les mouvements sont lents, rares; le teint du visage est mat, les traits tirés, un peu bouffis, inexpressifs, les joues flasques, le regard est terne, l'ensemble du visage exprime la tristesse; pourtant le malade se laisse aller de temps à autre à sourire un peu niaisement; somme toute, l'ensemble du facies revêt légèrement le masque paralytique.

Le malade est porteur au niveau de la bosse frontale droite d'une cicatrice déprimée avec enfoncement de la voûte crânienne: c'est le reliquat d'un accident dont il a été victime à vingt-deux ans: il reçut un objet en fer sur la tête; la blessure guérit rapidement sans complications et il n'eût jamais de troubles mentaux.

On ne trouve pas de stigmates nets de dégénérescence.

Le malade est porteur de plusieurs petites masses lipomateuses en différents points du corps, notamment il en a une sur la face antérieure du poignet droit, une au bras gauche, à la région postérieure; ces lipomes siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané, n'ont pas une disposition symétrique et leur apparition remonte à une date si reculée, que le malade ne peut la fixer même approximativement.

Examen des fonctions organiques. — Pouls, 70 égal, régulier, rien au cœur; pas de signes nets d'artério-sclérose.

Appareil respiratoire. — Toux légère sans expectoration, sans signes stéthoscopiques.

Appareil digestif. — Appétit assez bon. Constipation opiniâtre dont le malade souffre depuis quinze ans et dont il ne triomphe que par l'usage quotidien de laxatifs. Cette constipation n'a été interrompue que par sa dyssenterie.

Quoique le malade soit impaludé, notre attention n'a jamais été attirée du côté du foie: il n'a jamais souffert de cet organe; n'a jamais eu et n'a pas d'ictère. Urines: rien de particulier.

Appareil génital. — Induration au niveau du sillon balano-préputial, siégeant sur le dos de la verge à l'endroit où il a eu son chancre, mais l'induration de la grosseur d'un pois, remonterait aux premiers temps de son mariage; il ne sait pas comment elle est survenue.

Système nerveux. — Depuis cinq à six jours, le malade a été repris d'une céphalée analogue comme caractère à celle dont il souffrait à Maurice, mais d'intensité moins violente, et qui lui permet de dormir.

Il a eu ces jours derniers quelques douleurs en coup de lance du côté droit.

Il a un peu d'hyperesthésie cutanée à la piqure; les autres modes de la sensibilité sont normaux.

Motilité. — L'examen de la motilité décèle une faiblesse considérable; le malade se lève et s'assied avec peine, il marche lentement et dit qu'il ne pourrait pas faire 500 mètres; la force de résistance est notablement diminuée aux membres supérieurs et inférieurs; la force de pression est aussi diminuée aux membres supérieurs: au dynamomètre, le malade donne 17 kilos main gauche, 25 kilos main droite. Il ressent, dit-il, une faiblesse dans tout le corps.

Il ne peut se tenir debout sur une jambe les yeux fermés; le seul caractère anormal de la marche est la parésie qui se manifeste par de la lenteur et de la lourdeur. Sens stéréognostique conservé.

Pas de contractures musculaires. Pas de paralysie.

Pas de tremblements appréciables des mains ni des pieds.

A la langue: tremblement fibillaire de moyenne intensité, accentué surtout sur les bords avec de temps à autre des contractions ataxiques de presque tout le corps musculaire du dos de la langue, mais pas de mouvement en trombone ni de tremblement gélatineux. Le malade remue aisément cet organe dans tous les sens.

Pendant toute la journée du 16 juin, on a observé des contractions de quelques fibres isolées de l'orbiculaire des lèvres au niveau de la lèvre supérieure du côté gauche; ces contractions se traduisent objectivement par la brusque dépression en cupule de la partie de la lèvre en regard de la canine, d'une durée très courte, presque instantanée, elles se reproduisent à des intervalles assez réguliers d'une dizaine de secondes. Le malade était agacé par ces phénomènes qui le préoccupaient. Il n'avait aucune autre contraction dans les muscles de la face ni ailleurs. Actuellement, on ne trouve plus ce symptôme.

Troubles visuels. — Pas de ptosis; pas de nystagmus; pas de paralysie des muscles moteurs de l'œil.

Le malade disait ressentir des douleurs dans l'œil gauche. Examiné au service de M. le professeur Badal par M. Laffon, chef de clinique, on a observé de ce côté des synéchies postérieures avec exsudats dans la cristalloïde antérieure, restes d'une iritis ancienne sur la nature de

laquelle on n'a pas pu se prononcer. Pas de lésions du fond de l'œil ni à droite ni à gauche.

La pupille gauche est presque plunctiforme; elle paraît réagir un peu à la lumière et à l'accommodation, malgré les synéchies qui l'entravent; elle est irrégulière. La pupille droite a ses réflexes bien conservés, elle est plus dilatée que la gauche.

Réflexes. — Les tendineux sont normaux, sauf les Achilléens qui paraissent abolis. Les plantaires sont très vifs des deux côtés. Le crémastérien est très diminué.

Pas de troubles moteurs appréciables.

Examen psychique. Ideation. — Le malade ne présente pas et n'a jamais présenté dans le cours de sa maladie aucune espèce d'idée délirante. Les renseignements qu'il nous a donnés sur sa vie antérieure ont pu être vérifiés et reconnus exacts.

La difficulté à coordonner, à associer les idées, persiste aussi grande qu'à l'île Maurice. Le cours de ses idées est triste et toujours tourné vers le passé : il compare sa situation brillante d'autrefois à sa misère actuelle qu'il déplore à cause de sa famille et il se creuse en vain la tête pour trouver un moyen qui lui permettrait de réédifier sa fortune; son état de santé le préoccupe aussi beaucoup; il observe les moindres symptômes qu'il éprouve, s'inquiète au moindre malaise et craint de ne pouvoir guérir; parfois il est assailli par un essaim d'idées noires au sujet de son avenir, qui lui apparaît sous les couleurs les plus sombres. Il ne peut détourner son esprit de ce cercle d'idées tristes; il n'a jamais eu d'idées de suicide.

Ses paroles ne sont empreintes d'aucune incohérence, ni d'enfantilage; le malade a de la logique et envisage sa situation avec beaucoup de bon sens et de jugement; il voudrait, à tout prix, sortir de la misère, mais il sent que sa volonté n'est plus aussi énergique qu'autrefois; il pense cependant que si ses forces reviennent il pourra récupérer son énergie morale.

Attention. — Son attention est affaiblie et s'épuise vite : il lui est pénible de la fixer longtemps sur le même sujet : lecture, calcul, etc. Dans le cours d'un interrogatoire un peu long, des phénomènes de fatigue intellectuelle se produisent : il arrive à ne plus comprendre les

questions qu'on lui pose; on doit lui répéter la phrase ou bien lui-même doit la reconstituer dans la mémoire pour la saisir.

Mémoire. — Il n'a jamais eu bonne mémoire et sa maladie a affaibli beaucoup chez lui cette faculté; le trouble général est une dysmnésie qui s'étend uniformément à tout son passé jusqu'à ce jour, c'est comme une brume épaisse étalée sur tous ses souvenirs et qui leur fait perdre leur netteté, leur précision.

Leur évocation est lente, incomplète, et souvent ne se produit que grâce à des associations d'idées complexes; la localisation dans le temps n'est pas très exacte.

La dysmnésie porte surtout sur les dates et sur les noms : le malade présente une réelle amnésie rétrograde pour les noms en général et les noms propres en particulier; elle intéresse surtout les mots étrangers à son vocabulaire professionnel de liquoriste et le nom des personnes qu'il a connues en dehors de ses relations commerciales. L'amnésie de fixation est aussi très marquée, il oublie du jour au lendemain et même d'un instant à l'autre, le nom des personnes qui le soignent et de ses voisins de lit.

Parfois, il est arrêté au milieu de la conversation par l'impossibilité de trouver un mot, ou bien ne trouvant que les premières syllabes, il ajoute une terminaison quelconque, présentant ainsi un certain degré d'aphasie amnésique. Quelquefois, c'est toute une idée qui lui échappe et alors il s'écrie : « C'est curieux, tout de même, je ne sais plus ce que je voulais dire ».

Pas d'ecmnésie, ni de fausse réminiscence.

La mémoire visuelle est aussi affaiblie; il ne reconnaît pas les personnes qu'il a vues un grand nombre de fois.

La mémoire du calcul paraît tout d'abord intacte pour l'addition et la soustraction, mais pour la multiplication, afin de ne pas oublier le chiffre des retenues, il lui arrive, de temps à autre, de l'inscrire à côté de l'opération; au bout de quelques minutes, il devient incapable de multiplier, de soustraire ou même d'additionner correctement, et les erreurs deviennent de plus en plus grossières. Ces diverses opérations paraissent coûter un grand effort intellectuel au malade, qui réfléchit pendant plusieurs secondes avant de poser un chiffre; quelquefois, pris de doutes

sur l'exactitude de son calcul, il le recommence spontanément, en entier, mais même dans ce cas il laisse passer de lourdes fautes.

J. S. à Tessac (Gironde)
le 10 février

Vice Organinas
Volgarisation Phisique

FIGURE I

1. Spécimen de l'écriture du malade en juillet 1907; 2. Écriture sous la dictée; le malade corrige spontanément « organinas » (juillet 1907).

Le malade n'a jamais eu d'autres hallucinations que celles présentées autrefois dans ses délires oniriques.

Affectivité. — Du côté de l'affectivité, nous trouvons quelques modifications; il est beaucoup plus attaché aux siens depuis l'écllosion de sa maladie. Le sort malheureux de sa femme et de sa fille l'attriste, et à l'évocation de leur misère, des larmes mouillent ses yeux; il a aussi, depuis quelque temps, des crises de larmes, survenant parfois sans motif appréciable, mais qui, souvent, répondent à un état mental triste et lui procurent quelque soulagement. L'émotivité est donc manifeste et, quoique le malade ait eu de grands malheurs, elle est exagérée et morbide.

Il n'est pas du tout égoïste et est prêt à se sacrifier pour les siens. Il éprouve un sentiment d'inquiétude à chaque symptôme qu'il observe, à la moindre douleur; il demande avec insistance de nombreux remèdes (des toniques, des réconfortants, des stimulants, dit-il); il a peur qu'on ne lui fasse pas subir la médication qui est la plus apte à le guérir rapidement.

Normalement assez doux de caractère, il s'irrite cependant facilement; ayant eu plusieurs petits démêlés avec des infirmiers, il nous a exprimé son mécontentement en des termes très vifs et avec une certaine excitation.

Conscience. — La conscience n'est nullement altérée; le malade sent très bien son affaissement physique et psychique; il raisonne très bien les divers troubles qu'il présente, en ne faisant qu'exagérer un peu son état de faiblesse; il trouve les troubles de la mémoire qu'il présente fort curieux et gênants à la fois, il cherche à les expliquer et les rattache à sa « faiblesse générale » ou à son « anémie ». Pas de troubles de la personnalité.

Activité. — L'activité générale est un peu diminuée; le malade évite autant que possible de se mouvoir.

Les actes du malade sont normaux: il ne s'est jamais laissé aller à une incorrection ou à un oubli quelconque des convenances.

Il a perdu l'habileté de ses mains: il est lent à s'habiller, maladroit pour se tenir à table; il lui arrive de vider sa bouteille à côté de son verre, et pourtant il ne tremble pas.

Pas d'impulsions.

Les facultés génésiques ont été hyperexcitées, en mai 1906, durant une courte période, puis il est devenu, brusquement, d'une grande frigidité et l'est demeuré jusqu'à aujourd'hui d'une façon complète.

La mimique exprime un peu la tristesse: elle est effacée; elle ne s'anime un peu que lorsqu'il parle de son passé; elle s'accorde bien avec les idées exprimées.

Parole. — Les troubles de la parole consistent surtout en troubles diplogiques: le début est lent, monotone, le timbre de la voix est quelconque; autrefois, il parlait beaucoup plus vite et avec plus de vivacité, pas d'incohérence. Il hésite parfois avant de parler, mais c'est parce qu'il réfléchit et cherche les mots. Un peu d'amnésie verbale et de paraphasie, déjà signalées.

Pas de dyslalie; le malade prononce même très bien les mots difficiles à labiales et à dentales.

Écriture. — Du côté de l'écriture, pas de troubles calligraphiques notables (à peine une légère inclinaison des lignes de haut en bas, en allant de gauche à droite, ordonnance normale et propre de l'écriture; du côté des lettres, aucune modification d'origine motrice (ni tremblement, ni ataxie, ni choréïsme), ni de modifications psychiques (régularité et dimensions normales des lettres, aspect de l'écriture nettement personnel); du côté des troubles psychographiques, les quelques mots

qu'il a écrit sous la dictée, permettent de constater seulement un très léger degré d'automatisme mental, par manque d'attention, se manifestant par la répétition dans le mot « organisation » de la lettre *n*, de la syllabe *ni*; le malade écrit « organinas... », mais alors il constate son erreur et écrit « organisation »; quelques fautes d'orthographe, qui peuvent être très bien attribuées à son peu d'instruction.

$$\begin{array}{r}
 3856 \\
 2935 \\
 \hline
 0021 \\
 9
 \end{array}
 \qquad
 \begin{array}{r}
 85425 \\
 254 \\
 \hline
 341700 \\
 547125 \\
 170850 \\
 \hline
 207979 \quad 0 \\
 8
 \end{array}$$

FIGURE II

Spécimens du calcul du malade qui corrige certaines erreurs et en laisse cependant passer de grossières : il a compté 5 fois $8 = 32$. A la fin de la multiplication il est très fatigué.

Samedi 28 juin. — Le mardi 24 juin, le malade venait de déjeuner et se promenait dans la cour de l'hôpital l'esprit vide et rêveur; tout d'un coup, il songea que l'heure du déjeuner ne devait pas être éloignée et se mit en demeure de se diriger vers son service, invitant un de ses camarades à se rendre à table avec lui : il lui dit même qu'il n'avait pas faim du tout et qu'il se contenterait de s'asseoir sans prendre de nourriture. Ces réflexions amusèrent beaucoup son compagnon (un dément alcoolique) qui lui fit remarquer qu'il se levait à peine de table; le malade resta stupéfait d'avoir si vite et si complètement oublié qu'il avait diné.

Le mal de tête persiste; parfois, le malade ne peut pas dormir de la nuit; de temps à autre, pourtant, il lui laisse quelques heures de répit.

Est toujours constipé; le sulfate de soude, pris quotidiennement, peut seul le faire aller à la selle.

L'état mental s'est amélioré; il n'a presque plus d'idées tristes, du moins aujourd'hui; il est plus gai, plus souriant, se laisse convaincre de l'espoir d'une guérison prochaine.

Traitement : Vin de quinquina et sulfate de quinine.

5 juillet. — Le 4 juillet, une ponction lombaire est faite par M. Galtier, chef de clinique de la Clinique Psychiatrique, qui note ceci :

« On retire dix centimètres cubes environ de liquide clair qui coule sous forte pression. Quelques globules rouges. Lymphocytes nombreux et en amas. Donc, lymphocytose très nette. Albumine abondante par la chaleur. »

La ponction lombaire paraît avoir redoublé le mal de tête.

Juillet. — On envoie le malade au service d'électrothérapie de M. le professeur Bergonié. On le soumet au bain statique; mais le malade, impatienté par son long séjour à l'hôpital et effrayé par la vue des appareils électriques, ne veut pas continuer cette médication et sort de l'hôpital le 19 juillet 1907.

Cette observation nous offre un exemple caractéristique de neurasthénie cérébrale, dont la nature est toutefois très difficile à déterminer en raison des particularités de l'état actuel du malade et de la complexité de ses antécédents. Un choc émotionnel violent : la perte soudaine de toute sa fortune semble avoir été le point de départ, la cause déterminante de sa neurasthénie à laquelle le prédisposaient admirablement son long séjour aux colonies, son paludisme et sa syphilis exotique.

Aussi, peut-on se demander si l'on se trouve en présence d'un état de neurasthénie palustre simple, d'une neurasthénie syphilitique ou d'une neurasthénie préparalytique; le point le plus important à déterminer est de savoir si cet état neurasthénique est ou n'est pas préparalytique, et c'est celui que nous aurons surtout en vue.

Les signes physiques les plus importants sont l'asthénie généralisée et la céphalée. L'asthénie physique, survenue tout d'abord assez rapidement, est restée ensuite stationnaire pendant de longs mois; elle est donc différente de

l'asthénie paralytique, qui s'installe peu à peu, souvent insidieusement, et va en progressant.

La céphalée a présenté un caractère assez particulier qui pourrait la faire considérer comme une manifestation palustre : elle a disparu comme par enchantement, alors que le malade arrivait en vue des côtes de France. Les troubles, d'origine paludéenne, ont parfois, en effet, ce caractère bizarre de se dissiper, de s'évanouir brusquement par le changement de climat, par le simple rapatriement. Par ses autres caractères, cependant, la céphalée du malade ne paraît pas être d'origine malarique; elle n'a jamais présenté, par exemple, d'intermittences périodiques; aussi, nous croyons que le paludisme n'est pas seul en jeu dans sa production et que la syphilis y contribue aussi pour une bonne part. Sa persistance pourrait faire songer à une tumeur cérébrale; cependant, son manque de localisation précise et fixe, l'absence, après plusieurs mois de durée, de tout symptôme de lésion en foyer, l'absence d'altération de la papille, etc., nous permettent d'éliminer cette hypothèse.

L'examen oculaire n'a révélé aucun des signes observés dans la méningo-encéphalite au début, et les autres troubles physiques ne sont pas assez accentués pour fournir de renseignement précis, de sorte que l'examen somatique nous amène plutôt à conclure à une neurasthénie non paralytique.

L'examen des troubles psychiques révèle un affaissement de la volonté, de l'attention et surtout de la mémoire qui, pourtant, ne présente pas de lacunes nettes. Le malade n'éprouve que de la difficulté à rappeler ses souvenirs et, en faisant effort, il peut parfois les évoquer. Ce qui frappe le plus dans son état psychique, c'est la persistance intégrale de son intelligence et de sa conscience; il recherche, analyse, interprète les moindres phénomènes morbides qu'il peut découvrir; loin d'en méconnaître l'importance, il tend, au contraire, à l'exagérer à la façon des neurasthéniques. Les quelques troubles qu'il présente du côté de la parole, de l'écriture, du calcul, sont dus uniquement au mauvais fonction-

nement de sa mémoire et à son manque d'attention; le malade le reconnaît lui-même et il corrige ces troubles par la concentration de sa volonté et de son attention, jusqu'à ce que, épuisé par l'effort, il se voit obligé d'abandonner la partie.

Par conséquent, les troubles morbides de l'intelligence apparaissent plutôt comme des phénomènes d'épuisement et d'affaîssement de certaines facultés que comme des phénomènes de déficit, d'affaiblissement réel, et par suite font partie beaucoup plus du cadre de la neurasthénie que de celui de la paralysie.

De même, du côté de l'affectivité, le malade ne nous offre aucun des signes particuliers du début de la paralysie et présente plutôt des signes en rapport avec la neurasthénie : loin de présenter de l'anesthésie morale et un égoïsme outré, il aime sa famille bien plus qu'avant sa maladie et songe constamment à elle; son sens moral est absolument intact; il pleure facilement, mais, contrairement à ce qui se passe chez le pleurnicheur paralytique, ses larmes ne sont pas provoquées par des motifs futiles et se rattachent à des pensées tristes.

En face d'un tel malade qui ne nous présente aucun symptôme somatique net d'ordre paralytique et qui présente un tableau psychique franchement cérébrasthénique, il nous semblerait illogique de poser le diagnostic de neurasthénie préparalytique, et cependant ce malade est syphilitique et présente de la lymphocytose, et même une lymphocytose abondante. Mais ne savons-nous pas que la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien se rencontre dans d'autres affections que la paralysie générale? Et puisqu'on la trouve dans des maladies infectieuses telles que le typhus et la variole, ne pourrait-on pas l'expliquer, dans ce cas particulier, par l'action de la syphilis?

Dans les annamnestiques, nous trouvons quelques détails qui tendraient eux aussi à faire pencher le diagnostic du côté de la neurasthénie : dès sa jeunesse, le malade était

légèrement nosophobique et déjà la fidélité de sa mémoire faisait présager les troubles actuels.

L'observation remonte au mois de juin; on peut supposer que l'examen actuel donnerait sans doute quelques renseignements précieux, car il est logique de penser que six mois après les premières constatations, quelques modifications ont pu survenir. Nous avons pu pratiquer cet examen dans les premiers jours de janvier, car le malade est depuis la fin décembre en traitement à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le Professeur Pitres.

État actuel en janvier 1908.

Signes psychiques. — Un premier point à noter est que le malade ne rentre pas à l'hôpital pour une aggravation de son état; depuis son départ de la clinique psychiatrique, son état général au contraire s'est légèrement amélioré, le malade le reconnaît lui-même; il rentre à l'hôpital pour se faire soigner plus activement afin de guérir plus vite. L'état mental est toujours fait d'idées tristes, hypocondriaques et nosophobiques; mais ne présente aucune idée délirante; l'énergie morale est un peu plus grande et X., a fait des projets de départ pour le Brésil, qui n'ont rien d'incohérent; il a déjà fait des démarches, pris des renseignements et a la sagesse d'attendre sa guérison pour s'embarquer avec sa famille; la mémoire est un peu améliorée: il a pu reconnaître au milieu d'une nombreuse assemblée, les quelques personnes qui l'avaient soigné plusieurs mois auparavant; elle est un peu plus nette et il se rappelle mieux son passé; cependant, l'amnésie de fixation est encore assez grande et il inscrit chaque jour sur un bout de papier les observations qu'il a à présenter au médecin (c'est ainsi qu'on peut lire sur la marge de journaux: «soif toride, perte de mémoire, mal de tête,» etc.) La conscience est parfaite. Les troubles de l'écriture et du calcul sont les mêmes qu'en juillet (voir le specimen), mais il ne présente plus d'hésitation de la parole: le débit est cependant toujours un peu lent.

Pessac

Les ~~expos~~ détails qui nous arivent sur
les evenements de Téz nent
atténuer pas la gravité tout
au contraire.

FIGURE III

Écriture du malade en janvier 1908. Il s'agit d'une copie;
deux corrections spontanées.

Ainsi qu'on ayez tout lieu
de le craindre le mouve-
ment frater de Téz sitant
Vice d'organisation.
Vice

FIGURE IV

Écriture sous la dictée en janvier 1908 (le malade est très peu instruit).
Il écrit « visse » au lieu de « vice » puis relit et corrige spontanément.

36
18
14
546
986732
964
3946928
5920392
5488

FIGURE V

Calcul en janvier 1908. Le malade fait sa multiplication d'abord très correc-
tement en inscrivant de temps à autre au-dessus le chiffre des retenues
mais il se fatigue et ne peut terminer l'opération.

Il est toujours très émotif; pleure facilement et se met en colère pour des riens; au plus fort de sa colère il tremble de tout son corps, mais il s'apaise vite et le tremblement cesse aussitôt. Depuis juillet, ainsi que nous l'a certifié sa femme, il n'a fait aucun écart de conduite ni de tenue.

Signes physiques. — Physiquement, le mal de tête persiste; son maximum se trouve au-dessous des bosses frontales et il se diffuse à toute la voûte crânienne jusqu'à la protubérance occipitale; si l'on fait préciser au malade, il avoue que le mal de tête est pénible non pas tant par son intensité qui n'est pas très grande que par l'obnubilation qu'il provoque dans son esprit; il présente des paroxysmes et disparaît lorsque le malade cause de choses qui l'intéressent; il permet le sommeil.

X. présente une sensibilité exagérée à la piqure surtout au niveau des mains et à la face et de même une hypersesthésie à la pression de la peau des muscles, des os et des organes; mais il exagère manifestement et a surtout peur qu'on lui fasse du mal. Il est très frileux et revêt plusieurs tricots et plusieurs caleçons.

La marche est plus assurée qu'en juillet; il présente un léger tremblement aux mains (dû au froid, dit-il), à oscillations rapides et menues sans mouvements ataxiques et un léger tremblement fibrillaire à la langue avec quelques secousses ataxiques; l'asthénie est toujours considérable, pourtant le malade l'exagère beaucoup et par des injonctions réitérés, on arrive à obtenir des effets de pression beaucoup plus considérables que ceux qu'il fournit tout d'abord.

Les réflexes rotuliens sont vifs; le réflexe des fléchisseurs au poignet également; les cutanés sont plutôt exagérés surtout le plantaire; l'examen oculaire ne révèle rien d'anormal; le champ visuel notamment n'est pas sensiblement rétréci; pas d'anesthésie du cubital ni de troubles nets du goût. Le malade reconnaît à leur saveur les aliments qu'il mange, mais se plaint d'avoir constamment mauvaise bouche; il se plaint aussi de ne pas sentir les odeurs, mais il est atteint actuellement d'une sinusite maxillaire double que l'on a ponctionné. Enfin il a une soif ardente et boit des litres de tisane chaque jour; il urine très souvent, mais ses urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Nous aurions voulu faire pratiquer au malade une deuxième ponction lombaire, mais il a gardé un si mauvais souvenir de la première qu'il frissonne d'épouvante à l'idée de cette opération et déclare qu'il préfère mourir que la subir à nouveau.

En résumé, le malade est amélioré et son affection semble avoir évolué plutôt du côté de la neurasthénie; en tout cas aucun signe de paralysie générale n'est venu se surajouter au tableau symptomatique. Il suit actuellement un traitement mixte tonique et mercuriel, mais depuis trop peu de temps pour qu'on puisse apprécier les résultats.

Porterons-nous cependant un diagnostic certain? Certes non. Le cas nous paraît être trop complexe et un de ceux pour lesquels le doute est, croyons-nous, vraiment scientifique.

CONCLUSIONS

I. Il n'existe aucun signe pathognomonique pour différencier les états neurasthéniques simples des états neurasthéniques préparalytiques. La ponction lombaire elle-même ne peut pas toujours donner une certitude absolue.

II. Dans les cas les moins difficiles, on se trouve en présence d'un mélange de signes de paralysie au début et de neurasthénie ; le diagnostic de neurasthénie préparalytique se fait alors par la prédominance des signes de paralysie générale au début.

III. Les principaux signes que l'on pourra rencontrer sont dans le domaine psychique : des défaillances de la mémoire, des erreurs de calcul, des dispositions expansives et vaniteuses, de la perversion du sens moral, etc. ; dans le domaine physique : l'inégalité pupillaire, le signe d'Argyll permanent, l'hésitation, les accroc de la parole, les ictus, la lymphocytose rachidienne, etc.

III. Dans d'autres cas, la constatation dans les signes présents de certaines nuances permettra seule de prévoir l'évolution ultérieure d'une paralysie générale. Les principaux de ces signes avant-coureurs sont : du côté intellectuel, une ébauche d'affaiblissement mental contrastant avec le simple affaïssement neurasthénique ; du côté affectif : des modifications diverses du caractère, profondes et durables ; du côté physique : la multiplicité, la variabilité, l'étrangeté de l'ensemble des symptômes douloureux et, au contraire, la permanence des troubles pupillaires, etc.

IV. Lorsque l'état neurasthénique préparalytique ne semblera être que l'expression pure et simple de la maladie de Beard, les anamnestiques et l'étiologie pourront fournir de précieux renseignements : neurasthénie constitutionnelle ou accidentelle ; existence ou non existence d'une syphilis contractée dix à quinze ans auparavant ; antécédents nerveux ou cérébraux, etc..

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la Thèse.

E. RÉGIS.

Vu : *Le Doyen,*

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 13 janvier 1908.

Le Recteur de l'Académie.

R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHARD. — Absence de lymphocytose au cours d'une paralysie générale *Revue neurologique*, Paris, 1903 XI 292-302.
- ALZHEIMER. — Die Frühform des allgemeinen progressiven. Paralyse, *Allg. Zeit. f. Psychiat.* Bertin, 1895, III.
- ARNAUD. — Diagnostic de la paralysie générale. Congrès de Toulouse, 1897.
- BAILLARGER. — Note sur le délire hypocondriaque considéré comme symptôme et comme signe précurseur de la paralysie générale. *Annales méd. psychologiques*, 186 I.
- BAILLARGER. — Un signe nouveau de paralysie générale. *Gazette des hôpitaux*. Mai n° 5, 1850.
- BAILLARGER. — Note sur le délire hypocondriaque considéré comme symptôme et comme signe précurseur de la paralysie. générale *Ann. méd. psycholog.* 1860, 509-514.
- BALL. — Leçons sur les maladies mentales, professés à l'asile Sainte-Anne, 2^e éd. 1890.
- BALLET. — Les troubles oculaires dans la paralysie générale. *Progrès médical*, juin, 1893.
- BALLET. — Neurasthénie et paralysie générale. *Semaine médicale*, 1893, 22 novembre, 1893.
- BALLET. — Traité de pathologie mentale, 1903.
- BALLET. — Les affections que l'on confond souvent avec la neurasthénie. *Bulletin médical*, 1906, p. 983-986.
- BALLET. — L'hygiène du neurasthénique. Paris, 1906.
- BARWINSKI. — Ueber dementia paralytica mit besonderer Berücksichtigung ihres prodromalstadiums. Car. Bl. d'Ally. ärztl. Ver. Thüringen Weimar, 1891, XX, p. 49, 110.
- BAUDRON. — De la possibilité d'un diagnostic précoce de la paralysie générale. Thèse de Paris, 1895.

- BENI-BARDE. — Les vrais et les faux neurasthéniques. Paris, 1908.
- BERDINEL. — Diagnostic de la paralysie générale au début. *Gazette médicale de Paris*, 1878, p. 153.
- BERTIN. — Contribution à l'étude de la paralysie générale considérée dans les hôpitaux. Thèse de Lille, 1901-1902.
- BIANCHI. — Trattato di Psichiatria. Napoli.
- BLACHE. — Essai sur les pseudo-paralysies générales. Thèse de Lyon, 1884.
- BLOCCQ. — Troubles de la marche dans les maladies nerveuses. *Bibliothèque médicale*. Charcot Debove.
- BONHOMME. — Contribution à l'étude de troubles du caractère chez les paralytiques généraux. Thèse de Paris, 1904-05.
- BOIRON. — Du diagnostic de la paralysie générale. Thèse de Paris, 1889.
- BOUCHARD-BRISAUD. — Traité de médecine, 1905. Tome X. Art. Neurasthénie par Dutil, p. 621 à 640 et paralysie générale progressive par Gilbert et Rogues de Fursac, p. 719-802.
- BOUDON. — De l'anémie dans la paralysie générale. Thèse de Paris, 1886.
- BOUVERET. — La neurasthénie, 1891.
- BOYER. — Étiologie de la paralysie générale. Thèse de Bordeaux, 1899-1900.
- BRIÈRE DE BOISMONT. — Études médico-légales sur la perversion des facultés morales et affectives dans la période prodromique de la paralysie générale. *Annales d'hygiène pub. et de méd. lég.*, t. I, 1860, pp. 405-431.
- BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine, t. VIII, art. Paralysie générale, par Raymond et Sérieux.
- BUTTINO. — Sintomi iniziali della siphilide ecc. *Rivista di patologia et mentale*, 1906.
- CAMUSSET. — *Ann. méd. psychol.*, 1891.
- CAPPELLETTI. — La neurasthenia. Milano, Hoepli, 1904.
- CHARCOT. — Leçons du mardi, 1887-1888.
- CHRISTIAN. — Les difficultés du diagnostic de la paralysie générale. *Ann. méd. psychol.*, 1884, t. I et II.
- CLERGIER. — La ponction lombaire chez les paralytiques généraux. Thèse de Paris, 1904-1905.
- CORNILLOT. — De la perte de la mémoire du calcul comme signe précoce de l'affaiblissement intellectuel chez les paralytiques généraux. Thèse de Paris, 1903-1904.
- COULON. — Considérations sur la paralysie générale. Thèse de Paris, 1896.
- CROCQ. — La neurasthénie vraie et les syndromes neurasthéniques. *Progrès médical belge*, 1906.

- CULLÈRE. — De la céphalalgie dans les maladies mentales. *Ann. médico-psychol.*, 1894.
- Recherches cliniques sur la période de début de la paralysie générale. Paris, 1873.
- DAGONNET. — Traité des maladies mentales, 1894.
- DE CROZANT. — Note sur la sensibilité de la peau au début de la paralysie générale. *Revue médic. franç. et étrangère*, 1846, pp. 183-197.
- DE FLEURY (M.). — Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux, 1905.
- Les grands symptômes neurasthéniques.
- DELASIAUVE. — Classification et diagnostic difficile de la paralysie générale. *Ann. méd. psychol.*, 1871, pp. 611-625.
- DELMAS. — Maladies infectieuses aiguës et paralysie générale. Thèse de Bordeaux, 1894-1895.
- DERCUM (F.). — Diagnostic précoce de la paralysie générale. *The American Journal of insanity*, avril 1902, pp. 575-585.
- DERICQ. — Notes pour contribuer à l'étude de l'état mental des paralytiques généraux. *Ann. méd. psychol.*, Paris, 1889, p. 262.
- DROUET. — Études cliniques sur le diagnostic de la paralysie générale. *Ann. méd. psychol.*, 1871, pp. 35-182.
- DUBOS. — Le diagnostic de la paralysie gén. Thèse de Montpellier, 1904-1905.
- DUFOUR. Paralysie générale simple démente sans délire. Thèse de Bordeaux, 1899-1900.
- DUPAN. — Du zona dans la paralysie générale. Thèse de Paris, 1897-1898.
- DUPRÉ. — Article Paralysie générale in Traité de pathologie mentale de Ballet.
- DUTIL. — Article neurasthénie, in Bouchard et Brissaud, II^e édition.
- EICHKORST (E.). — Trattato di Patologia speciale. Traduc. ital., Milano 1889.
- EISATT (G.). — Frühform der Dementia paralytica. *Monatschr. f. Psychiat. u. neurol.* Berlin 1904, p. 549-565.
- FALRET. — Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales. Thèse de Paris 1853.
- Du diagnostic différentiel des paralysies générales. 1858.
- FARABEUF. — De la physionomie chez les aliénés. Thèse de Paris 1898.
- FISCHER. — Ueber die neurasthenie und das eingangstadium der progressive paralyse. *Pest. med. clin. Presse*, Budapest 1905, p. 432.
- FOLSOM. — The early stage of general paralysis. *Tr. Ass. Am. Physicians*, Philad. 1889, IV, 5-32.
- FOVILLE (A.). — Etude clinique sur la folie, avec prédominance des idées de grandeur. *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1869-1870.

- FOURNIER (A.). — La neurasthénie syphilitique. *Gazette des hôpitaux*, 1893, n° 101 et 104.
- Les affection parasyphilitique. 1894.
- FURSTNER. — Diagnostische schwerigkeiten bei der pp. *Allg. Zeitung f. Psychiat*, Berlin 1904, p. 387.
- GILLES DE LA TOURETTE. — Etude clinique et physiologique de la marche. Thèse de Paris 1886.
- Les états neurasthéniques. 1898.
- GRASSET et RAUZIER. — Traité des maladies du système nerveux. Montpellier 1894, 4^e édition, art. paralysie générale et neurasthénie, Tome II.
- GROSS (Heidelberg). — Über die frühe diagnose der progressiven paralysie. *Allg. Zeit. f. Psych.*, S. IV, p. 1154.
- GUGL-HUGO. — Die grenzformen schwerer cerebraler neurasthénie. In *Gugl und Stabl. neuropath.*, Sbid. Stuttg. 1892, p. 125-151.
- HAMMOND (W.). — Traité des maladies du système nerveux. Trad. par Labadie et Legrave, Paris 1879.
- HIRT. — Pathologie et thérapeutique des maladies nerveuses.
- HOCHE. — The early diagnosis of progressive paresis. *Alienist. Neurol.*, St-Louis 1898.
- HUET (E.). — Maladies du système nerveux. *Manuel de Médecine*, T. III, Paris 1894.
- HUTCHINSON. — Notes of the symptom significance of different states of the pupil Brain 1878. *Transact. med. chir.*, London 1879.
- JOFFROY. — Des signes oculaires de la paralysie générale. *Archives de neurol.*, Paris 1904, 2^e série, XVII.
- JOFFROY et MERCIER. — De l'utilité de la ponction lombaire pour le diagnostic de la paralysie générale dans la *Revue neurologique*, août 1902.
- JOFFROY. — Troubles du calcul des paralytiques généraux. *J. de médecine et de chir. pratiques*, Paris 1906, n° 17.
- JOURDAN. — Syphilis et paralysie générale. *Progrès médical*, 1906, 3, S. XXIII.
- JUDSON-S.-BURY. — Diagnostic différentiel entre les troubles fonctionnels et les maladies organiques du système nerveux. *British. méd. journal*, 23 juillet 1896.
- KERAVAL. — Le diagnostic de la paralysie générale. *Echo médical du Nord*, Lille, 1898, II.
- KLIPPEL. — Les paralysies générales. Collection Leauté 1898.
- KRÆPELIN. — Traité de psychiatrie.
- KRAFFT-ERING (V.) — Traité clinique de psychiatrie.

- KRAFFT-ERING. — Diagnostic différentiel entre la démence organique et la neurasthénie cérébrale. Livre jubilaire du 50^e anniversaire de la fondation de l'asile d'Illebenau-Heidelberg, Karl Winter, 1892.
- LALANDE (H.) — Symptômes et diagnostic de la maladie de Bayle. Thèse de Paris 1898-1899.
- LASÈGUE. — De la paralysie générale progressive. Thèse de Paris 1853.
- LASÈGUE. — De la migraine. Paris 1884.
- LE DANTEC. — Précis de pathologie exotique 1905. Article neurasthénie paludéenne, 520-22.
- LESCURE. — Des formes de la paralysie générale et particulièrement de la forme dépressive. Thèse, Paris 1871.
- LEVILLAIN. — *Essais de neurologie clinique*. Etats neurasthéniformes prodromiques, 1896, p. 143.
- LÖWENFELD. — Die neurasthénie 1894.
- LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — Le diagnostic de la paralysie générale au début ; importance des phénomènes oculaires. *Journal de med. et de chir. pratiques*, Paris 1898, XIX.
- LUYS (J.). — Paralysie générale au début ; douleurs névralgiques dentaires, *Bull. et mém. soc. médecine des hôpitaux de Paris*, 1889, IX, p. 201, 249.
- MAGNAN ET SÉRIEUX. — De la paralysie générale.
- MAGNAN. — Leçons cliniques sur les maladies mentales.
- MAIGNAL. — Diagnostic de la paralysie générale. Thèse de Toulouse 1896-96.
- MAILLARD. — De la valeur clinique du cyto-diagnostic céphalo-rachidien dans les cas douteux de paralysie générale. Thèse de Bordeaux 1901-1902.
- MAIRET ET VIRE. — Paralysie générale, étiologie, pathogénie, traitement.
- MARANDON DE MONTYEL. — Troubles comparés du patellaire, du crémastérien et du pharyngien aux trois premières périodes de la paralysie générale. *Presse médicale*, 1892 n° 46,
- De la pleurnicherie dans la paralysie générale. *Bulletin médical*, Paris, 1903.
- Les états conscients étudiés chez les paralytiques généraux.
- MARIE. — Paralysie générale et névrose. *Ann. méd. psych.*, Paris, 1903.
- MARIE et LEVADITI. — Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique, juin 1907.
- MARQUEZ. — Sur la forme maniaco-dépressive de la paralysie générale. Thèse de Bordeaux, 1906-1907.
- MATERNE, — De la paralysie générale à forme dépressive. Thèse Paris, 1869.

- MENDEL. — Die progressive para. der Irren. Berlin, 1889.
- Quels changements a subi la symptomatologie de la paralysie générale dans les dix dernières années. *Neurologie centralblatt*, 1898.
- MERZBACHER. — Suella importanza diagnostica della puntura lombare ecc. *Riv. di. pat. e ment.*, 1896, vol. XI.
- MOBÈCHE. — De la période prodromique de la paralysie générale. Thèse, Paris, 1874.
- MOREL. — Délire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire. *Archives générales de médecine*, 1866.
- MORSELLI. — Sulla dinamographia e sue applicazione ecc. *Revista sper. di di Fren*, 1885, fasc. II et III.
- OPPENHEIM. — Traité des maladies nerveuses.
- Névroses fonctionnelles liées à des affections organiques des centres nerveux. *Neurologisches centralblatt*, 1890-91.
- PARANT (V). — De la raison dans la folie, p. 1888.
- De la suractivité intellectuelle sans délire ni démence dans la période prodromique de la paralysie générale. *Ann. méd. psych.*, 1897, 34, 212.
- PARINAUD. — Migraine ophtalmique au début d'une paralysie générale. *Arch. de neurologie*, 1883.
- PELIZAEUS. — Zur differential diagnose der neurasthenie. *Deutsche med. Z.*, 1889.
- PERIDIER (A.). — Contribution à l'étude des formes dépressives de la paralysie générale. Thèse de Lyon, 1904-05.
- PETRAZZANI. — Neurastenia e paralisi progressiva. Eggio-Regia, 1907.
- PICK. — Die diagnose der pro. par. in ihren prodromalstadium. *Prag. medic. W.* 1889 XXIV, p. 477-485.
- PIERRET. — Leçons cliniques sur l'expression, Lyon, 1887.
- PILZ (J.). — Sensibile störungen bei paralys. prog. incipiens. *Neurol centralblatt*. Leipzig, 1906, XXV p. 690-694.
- RAVIART. — Signes oculaires dans la paralysie générale; leur valeur diagnostique. *Revue de méd.*, Paris, 1906, p. 769.
- RELIZZI (R.) — La causa tossica in alcune malattie mentale ecc. *Revista di patol. nerv.*, 1906, vol. XI.
- RÉGIS (E.). — De la dynamique au début de la paralysie générale. *Ann. méd. psych.*, 1897, VI^e sér., p. 5, 210.
- Note sur le diagnostic différentiel de la folie à double forme et de la paralysie générale. *Encéphale* 1884, I, p. 684-705.

- RÉGIS (E.). — Note sur les rapports de la paralysie et de l'hystérie. *Gaz. méd.*, Paris 1882., p. 21, 36, 60, 75.
- Des difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale. *Ann. méd. psych.*, Paris 1884, p. 197-203.
- Insolation et psychoses. *Revue neurologique*, sept. 1901 et Congrès de Limoges 1901.
- Les neurasthénies psychiques. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1890-1891.
- Neurasthénie et paralysie générale. *Presse médicale*, 1897, n° 28.
- Précis de psychiatrie. III^e édition, Doin, Paris 1906, art. Paralysie générale progressive, 681-779.
- RENAUD. — Etude des réflexes dans la paralysie générale. Thèse de Paris 1893.
- REYNE. — Contribution à l'étude des idées hypocondriaques simples. Thèse de Montpellier 1902-1903.
- ROBERTSON (W.) and DOUGLAS. — Further bacteriological and experimental investigations into the pathology of general paresis and tabes dorsalis. *Review of neurology and psychiatry*, april 1903 al june 1907.
- ROQUES DE FURSAC. — Voir Ballet.
- *Manuel de psychiatrie*, 2^e édition, Paris.
- Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales. 1905.
- ROSCIOLI. — Follia paralitiforme neurastenica. *Il manicomio*, anno IV, 1888.
- SCHÜLE (H.). — Traité clinique des maladies mentales. Trad. Dagonet et Duhamel, 1888.
- SÉGUIN. — Diagnostic précoce de quelques maladies graves du système nerveux. *Medical and surgical journal*, Boston, décembre 1890 et février 1891.
- SÉGLAS. — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. 1895.
- SIZARET. — De la fatigue cérébrale rapidement provoquée comme signe diagnostique de la paralysie générale. *Rev. médicale de l'Est*, Nancy 1881, p. 56.
- TANZI. — Trattato delle Malattie mentali. Milano 1905.
- TATY et BELOUS. — Etude sur le diagnostic de la paralysie générale. *Province médicale*, Lyon 1896-1897.
- THOMSEN. — La valeur diagnostique des symptômes prodromaux qui précèdent de longtemps les manifestations de la paralysie générale. *Presse médicale belge*, Bruxelles 1897. — Congrès international de neurol. et de psych., Bruxelles 1897.

- TRANTAPHYLIDES. — Neurasténie palustre. *Archives de neurologie*, 1894.
- VERHOOGEN. — Le diagnostic précoce de la paralysie générale. Congrès des médecins d'assurances, Bruxelles 1898.
- VIGNAUD. — Historique de la paralysie générale. Thèse de Paris 1901-1902.
- VOISIN. — Traité de la paralysie générale chez les aliénés. 1879.
- Des troubles de la parole dans la paralysie générale. *Archives de méd.*, 1876, p. 26, 44.
- VOISIN et BURLUREAUX. — De la mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale, 1880.
- WESTPHAL. — Ueber die differential diagnose der dementia paralytica. *Med. clin.*, Berlin 1905, p. 671-673.

